6ta edición

PENSANDO EN SU NIÑO

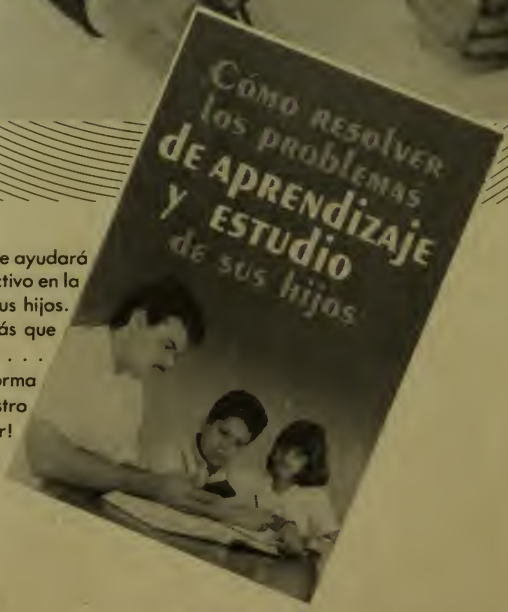
EXTRA: Manual práctico desprendible de PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS NIÑOS

Desde el embarazo y el cuidado prenatal hasta los seis años de edad

Una guía práctica para las madres

¡NO DEJE TODO EN MANOS DE LOS MAESTROS!

Este valioso libro le ayudará a tomar un papel más activo en la educación de sus hijos. Es más que una responsabilidad . . . ¡Es la mejor forma de demostrarles nuestro amor!



A la venta en su puesto de revistas favorito

2

6ta edición
actualizada y revisada

PENSANDO EN SU NIÑO

DESDE EL CUIDADO PRENATAL
HASTA LOS SEIS AÑOS

Con dos suplementos especiales desprendibles:

EL PRIMER ALBUM: para los Datos y Hechos más Importantes en la Vida de su Bebé

Manual Práctico de Primeros Auxilios para el Niño

Apéndice con los Últimas Avances en las Pruebas Prenatales

Dirección General:
María Eloísa Alvarez del Real, PH.D.

EDITORIAL AMÉRICA, S.A.
Arias, Fábrega y Fábrega, Edificio Bank of America
Calle 50, Piso 16, Panamá 5, Rep. de Panamá

Dirija su correspondencia a:
U.S. Division, 6355 N.W. 36th Street, Virginia Gardens, Fla. 33166, U.S.A.

Dirección General:
DRA. MARÍA ELOÍSA ÁLVAREZ DEL REAL

® PENSANDO EN SU NIÑO, 6ta. Edición © Editorial América, S.A. Arias Fábrega y Fábrega, Edificio Bank of America, Calle 50 (piso 16), Panamá 5, República de Panamá. Todos los derechos reservados. **Oficina Internacional de Redacción:** 6355 N.W. 36th Street, Virginia Gardens, Florida, 33166. Estados Unidos de América. Prohibida la reproducción total o parcial del material editorial publicado. Library of Congress Catalog Number Requested. All rights reserved under the International and Pan American Conventions - Printed in Colombia. Impreso en Carvajal, S.A. Apartado Postal No. 46, Cali, Colombia. ISBN: 0-944499-72-4.

DISTRIBUIDORES

ANTILLAS HOLANDESAS, ARUBA SALOMON VOS Weststraat No. 16, Oranjestad, Aruba. **CURAZAO** EL CHICO Desavaan No. 112, Willemstad, Curazao. **ARGENTINA CAPITAL FEDERAL**. EDITORIAL VANIDADES, S.A. Perú N° 263, 3er. Piso, 1067 Capital Federal, Buenos Aires. Tels: 498112 y 498117. **INTERIOR:** DISTRIBUIDORA DE REVISTAS BERTRAN, S.A.C. Santa Magdalena No. 541, 1277, Buenos Aires. **BOLIVIA** DISMO, LTDA. Comercio 806, Casilla 988, La Paz. AGENCIA MODERNA, General Acha E-132, Casilla 462, Cochabamba. **COLOMBIA**. DISTRIBUIDORAS UNIDAS, S.A. Transversal 93 No. 52-03, Bogotá, D.E. **COSTA RICA** LA CASA DE LAS REVISTAS, S.A. San Miguel de los Desamparados. 400 Metros al Norte de la Iglesia, Apartado Postal No. 67, San José. **CHILE**. EDITORIAL ANDINA, S.A., Avenida El Golf N° 0243. Santiago 34. Tel: 231-7053. Telex 440221 EDAND CZ. **ECUADOR**. VANIPUBLI ECUATORIANA, S.A.. Córdova No. 800 y Víctor Manuel Rendón 18vo. Piso - Edificio Torres de la Merced Guayaquil, Ecuador. **EL SALVADOR**. DISTRIBUIDORA SALVADOREÑA, S.A. 9a. Avenida Norte No. 422, San Salvador. **ESTADOS UNIDOS**. EDITORES MEXICANOS DE REVISTAS Y LIBROS, S.A. (Edimex, S.A.) P.O. Box 2145, San Ysidro, California 92073. AMERICAN DISTRIBUTOR MAGAZINES, INC. 10100 N.W. 25th Street, Miami, Florida 33172 ACOSTA NEWS, INC. 445 5th Avenue - Paterson, New Jersey 07514. MAGAPLUS, INC., 5504 Bandera Rd. Suite 308, San Antonio, Texas 78238. **GUATEMALA**. DISTRIBUIDORA DE LA RIVA HNOS., S.A. 9 Ave. No. 11-65, Zona 1. Ciudad de Guatemala. **HONDURAS**. DISTRIBUIDORA DE PUBLICACIONES, S.R.L. Lotificación Country Club contiguo a bodegas de COMPACASA Casa No. 1933, Comayaguela D.C., Honduras. **MEXICO**. DISTRIBUIDORA INTERMEX, S.A. de C.V., Lucio Blanco No. 435, Azcapotzalco C.P. 02400, México, D.F. **NICARAGUA** PUBLICACIONES RAMIREZ. Apartado No. 2833, Managua. **PANAMA**. DISTRIBUIDORA PANAMEX, S.A. Calle 15 y Calle W, Parque Lefevre, Panamá, República de Panamá. **PARAGUAY**. SELECCIONES S.A.C. Fulgencio R. Moreno 270c/Iturbe, Asunción. **PERU**. DISTRIBUIDORA BOLIVARIANA, S.A. Avenida República de Panamá 3631-3635, San Isidro, Lima. **PUERTO RICO**. AGENCIA DE PUBLICACIONES DE PUERTO RICO, INC. G.P.O. Box 4903, San Juan, Puerto Rico 00936. **REPUBLICA DOMINICANA**. DISTRIBUIDORA LIBRERIA AMENGUAL, C. POR A. Ave. 27 de Febrero No. 56, frente al Palacio de los Deportes, Santo Domingo. **URUGUAY**. GRAFIA, S.A. - DISTRIBUIDORA CAREAGA. Cerrito No. 688 (casi Juncal), Montevideo, Uruguay. Teléfono: 90-7336. **VENEZUELA**. DISTRIBUIDORA CONTINENTAL, S.A. Edificio Bloque DEARMAS. Final Avenida San Martín con Final Avenida La Paz, Caracas C.P. 1020. Apartado Postal No. 575. Caracas C.P. 1010, Venezuela. Teléfonoss: 443-1066, 443-3555 (Serial). Télex: 29960-21287-27312 SAMRA V.C.

© 1990 by EDITORIAL AMERICA, S.A.
Arias Fábrega & Fábrega. Edficio Bank of América.
Calle 50, Piso 16, Panamá 5, Rep. de Panamá.
Todos los derechos reservados - All rights reserved

Queremos agradecer a los facultativos que a continuación señalamos sus valiosas orientaciones, así como la revisión que han hecho al texto del presente libro, que nos ha permitido ofrecer a la joven mamá guías prácticas para el cuidado de su bebé.

Por este medio dejamos constancia de nuestro agradecimiento por la desinteresada colaboración recibida de ellos.

Dr. Javier Rodríguez
Obstetra

Attending Physician
Obstetrics and Gynecology
Cedars of Lebanon Hospital
Miami, Florida

Dr. Abraham Gurinsky †
Obstetra

Chief Obstetrics and Gynecology
American and Pan American Hospital
Miami, Florida

Dr. Santiago Lleras Codazzi
Obstetra

Profesor de Clínica Obstétrica
Universidad Nacional de Colombia

Dr. Alfonso P. Farfante
Pediatra

Assistant Professor
Miami University School of Medicine
Miami, Florida

Dra. Delsa E. Ferrán
Pediatra / Medicina Familiar

Attending Physician
American Hospital
Miami, Florida

Dr. Armando E. Acevedo
Pediatra

Attending Physician
Variety Children Hospital
Miami, Florida

Dr. Víctor A. Ferrán
Medicina Familiar

American Hospital
Miami, Florida
Palmetto Hospital

Consultor del Manual Práctico de Primeros Auxilios para el Niño
Revisor de la 6ta Edición:
Dr. Alfonso P. Farfante

Con este libro, no pretendemos reemplazar al médico, al sicólogo ni a ninguno de los profesionales encargados de velar por el sano desarrollo infantil, tanto físico como emocional. Tampoco aspiramos a ofrecer "fórmulas mágicas" que resuelvan todos los problemas que se presentan en esa edad tan especial. En cambio, nos proponemos ofrecerles una **guía informativa y orientadora, de contenido eminentemente práctico,** que auxilie a los padres en su labor diaria, despejando sus múltiples dudas en todos los principales aspectos concernientes a la salud, la atención y la educación de los hijos durante los seis primeros años de su vida.

PENSANDO EN SU NIÑO consta de 25 capítulos, que cubren desde el cuidado prenatal hasta la preparación que los padres pueden y deben dar a sus hijos para facilitarles el tránsito hacia el aprendizaje formal que se realizará en la escuela.

Además, presentamos, al final, una Guía Práctica de las enfermedades más comunes de la niñez, en un lenguaje claro y preciso.

En esta sexta edición, actualizada y revisada, hemos incluido información sobre distintos tópicos, tales como: los últimos avances en las pruebas prenatales, el parto prematuro, el desarrollo actual de la medicina fetal, con énfasis en la manipulación genética y los adelantos de la cirugía; la lucha contra la esterilidad; los nuevos métodos para lograr la concepción; el primogénito y los mitos que lo rodean.

Ofrecemos también un "Manual práctico de primeros auxilios para los niños", en formato desprendible, de manera que las mamás puedan tenerlo a mano en casos de emergencia.

Además, encontrarán aquí un álbum —también desprendible— para anotar en detalle los datos y hechos más importantes de la vida del bebé.

Por último, en los Apéndices de la Información Suplementaria aparecen aspectos más específicos de la vida del niño, con orientaciones sobre la ampliación de la familia y las tablas de crecimiento y peso infantiles.

Si con este volumen logramos ayudar a los padres en su sagrada tarea de cuidar y educar, nuestro propósito habrá quedado felizmente cumplido.

Miami, Florida, E.U.A., junio de 1989.

1ª Edición 1977, 2ª Edición 1979, 3ª Edición 1980, 4ª Edición 1982, 5ª Edición 1984, 6ª Edición 1989

CONTENIDO

I-El cuidado prenatal 9
Las primeras señales, 10; Posibilidades de concebir, 11; Diagnóstico del embarazo, 12; Cambios orgánicos que ocurren durante el embarazo, 13; ¿Puede saberse el sexo de un niño antes de que nazca?, 17; La primera visita al médico, 15

II-Problemas médicos del embarazo 21
El examen del vientre revela la salud del futuro bebé, 24; La anemia, 26; La higiene personal, 26; La maternidad después de los treinta, 28; Ejercicio físico, 29; Las relaciones sexuales, 30; Medicamentos y rayos X, 30; Pérdidas vaginales, 32; Dolores abdominales, 33; Pérdidas de la actividad fetal, 34; Ruptura de la bolsa de las aguas, 35

III-El curso del embarazo 36
La implantación del óvulo fecundado en las paredes del útero, 37; Las semanas subsiguientes, 40; Tercero, cuarto y quinto mes, 41; Los meses finales de la gestación, 42

IV-Trastornos más comunes durante la gestación 44
La anemia, 44; La apendicitis, 46; Dolores de espalda, 47; La depresión nerviosa, 49; Las enfermedades virales, 50; Historial clínico de la mujer embarazada, 51; El edema, 53; Los tumores fibroides, 55; La diabetes, 56; Los problemas cardíacos, 57; Lesiones físicas, 58; Los problemas de la obesidad, 59; Placenta previa, 60; Separación prematura de la placenta normalmente localizada, 61; La toxemia, 62; La eclampsia, 66; Infecciones del tracto urinario, 67; Infecciones vaginales, 69; Náuseas, calambres, insomnio y otras molestias menores, 70

V-El parto 74
Primera fase del parto, 77; Las fases subsiguientes, 79; La fase final del parto, 83; La analgesia y la anestesia en el parto, 84; Anestesia regional para el parto, 85; La episiotomía, 86; Los fórceps, 88; El bebé decide cuándo quiere nacer, 89

VI-El embarazo múltiple 90
Dos tipos distintos de gemelos, 91

VII-Distintas clases de partos 95
El parto natural, 96; El método Lamaze, 98; El parto inducido, 100; Una innovación reciente, el método Leboyer, 101; Objeciones al método Leboyer, 102

VIII-El factor Rh 103

IX-Aborto espontáneo y parto prematuro 108
Causas del parto prematuro, 114

X-Partos problemáticos 115
Inercia uterina, 117; Problemas relativos al cordón umbilical, 118; Hemorragias y lesiones ocurridas durante el parto, 119; El cefalohematoma, 120; La cesárea, 121

XI-La participación del padre 125
Después del parto, la pareja y sus hijos, 128

Continúa

XII-Cuidados de la mujer con posterioridad al parto 130
Las ventajas de dar el pecho a su hijo, 132; La nueva mamá también debe pensar en sí misma, 136

XIII-Antes de salir del hospital 137
El examen médico del recién nacido, 138; La técnica del ultrasonido, 156

.....158
El cuidado de la piel, 160; La postura del bebé al dormir, 163; Los ruidos respiratorios, 165; La vista, 166; La circuncisión, 167

XV-La salud del bebé 169
Cómo comunicarse con el médico del niño, 170; El problema de la alimentación, 172; Letargo o apatía en el bebé, 173; La irritabilidad, 173; Vómitos y regurgitación (reflujo), 174; La evacuación intestinal, 175; La palidez, 176; Los estornudos y la tos, 177; Estados febriles, 178; Obstrucciones de los conductos respiratorios, 179; Problemas de ictericia en el recién nacido, 180; Las marcas de nacimiento, 181; Los cólicos, 183; La hepatitis, 185; La hernia diafragmática, 186; Hernia inguinal, 188; Dislocación de la cadera, 190; Las infecciones en el recién nacido, 191; Otras infecciones adquiridas durante la vida intrauterina de la criatura, 194; La fenilquetonuria, 196; El mongolismo (Síndrome de Down), 198; El problema de los testículos "escondidos", 198

XVI-La alimentación del bebé 201
La alimentación del recién nacido en los primeros días, 203; ¿Cuántas veces al día se alimenta el bebé?, 204; Gases y eructos, 206; Alimentación de la madre que lacta, 208; El destete, 209; Complicaciones de la lactancia, 209: ¿Cuánto tiempo debe mamar el bebé en la lactancia natural?, 210; Higiene de los pechos, 211; La lactancia en biberón, 211; La dieta del bebé, 213; Las vitaminas, 214; Mineral de hierro, 216; Introduciendo alimentos sólidos en la alimentación del niño, 216

XVII-Otros problemas de la infancia 218
El llanto del bebé y sus consecuencias, 220; ¿Cuánto duermen los bebés?, 223; El apetito del bebé, 224; Los vómitos, 226; Las diarreas, 227

XVIII-De las 6 semanas al primer año 229
Su bebé ya tiene cuatro meses, 233; La dentición, 235; Continúa el desarrollo del bebé, 237; Cuando su bebé comienza a gatear, 239; Cuando el niño comienza a hablar, 240; Si el niño tarda en empezar a hablar, 243; El problema de la tartamudez, 245; El niño ya camina, 248; ¿Debe utilizarse el recurso del andador?, 250; El problema del niño zurdo, 252

XIX-La personalidad infantil 254
Infancia y niñez, 255; La comunicación adecuada es absolutamente esencial, 256; Necesidades sicológicas básicas durante el primer año de vida, 257; La comunicación con el niño a través de sus sentidos, 258; Los juguetes para el niño menor de dos años, 259; El infante se convierte en niño, 260; La rebeldía en el niño de dos años, 261; Enseñando al niño a "ir al baño", 262; ¿Qué debe hacerse cuando el niño continúa "mojando la cama"?, 264; Los cuentos infantiles, 266; El miedo a la oscuridad, 267

XX-De los 3 años en adelante 269
Desarrollo intelectual y emocional entre los tres y los cuatro años, 270; Otros aspectos del desarrollo, 271; La segunda rebeldía, la edad de los cuatro años, 272; Las ventajas del kindergarten, 275; Las "rabietas" o "pataletas" infantiles, 276; La hora de acostarse, 279; A los cinco años, serenidad de nuevo, 280; Aprendiendo a leer antes de ir a la escuela, 281; Otros aspectos del desarrollo del niño a la edad de cinco años, 283

XXI-La disciplina y sus problemas 284
Aplicando la disciplina cuando el niño empieza a gatear o a caminar, 285; La disciplina a la edad de dos años, 286; Un principio básico de la conducta infantil, distinguir entre los sentimientos y la acción, 288; Tolerancia y severidad, 289; La importancia de ofrecer alternativas, 291

XXII-El castigo 293
El castigo y sus formas, 295; ¿Qué es el sexo?, 298

XXIII-Educación sexual 299
Cuando los niños descubren las diferencias sexuales, 300; Las primeras fases de la identificación sexual, 302; ¿Hay una edad concreta para comenzar a impartirle información sexual al niño?, 303

XXIV-El niño y sus juguetes 307
El niño también deriva beneficios de otros juguetes, 309; Juguetes para uso colectivo, 310; El factor de seguridad, 311; Juguetes sugeridos para cada edad, 311; Los dibujos infantiles, 317; ¿Son realistas o imaginativos los dibujos de los niños?, 320

XXV-Preparando al niño para la escuela 321
No se debe asustar al niño, 322; Preparando al niño para una relación positiva con sus maestros, 323; Dándole al niño una visión de la escuela, 324; Una mejor preparación, la educación que el niño ha recibido de sus padres, 325; Otras medidas aconsejables, 326

GUÍA PRÁCTICA SOBRE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES DE LA NIÑEZ...329

El asma y sus problemas, 330; La varicela (viruelas locas), 333; El catarro común, 334; La difteria, 338; La rubéola, 339; La roséola, 342; La coriza (rinitis alérgica), 343; La urticaria, 342; La hipoglucemia, 347; La influenza, 350; La obstrucción intestinal, 351; Anomalías del tiroides en los niños, 353; La leucemia, 354; El sarampión, 356; Problemas de la dentadura en el niño pequeño, 356; La mononucleosis, 361; La papera, 362; La distrofia muscular, 364; La fiebre reumática, 365; La sinusitis, 368; El tétanos, 370; Los dolores de garganta, 372; Problemas de las amígdalas y adenoides, 375; La apendicitis, 379; La fiebre tifoidea, 381; La tos ferina, 382; Los problemas del oído, 383; Enfermedades transmitidas por animales domésticos, 386; Efectos nocivos de algunos medicamentos y drogas sobre el niño que está por nacer, 393; Problemas de la vista, 400; El cáncer infantil, 410

APÉNDICE, INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA 412

Preguntas más frecuentes de las madres de un nuevo bebé, 412; Ampliando la familia, el mejor momento para tener un segundo hijo, 415; El padre también necesita prepararse, 417; Diferencias físicas y emocionales entre varones y hembras, 420; Las vitaminas y minerales que el niño necesita, 421; Conserve las vitaminas y los minerales en los alimentos, 422; Antídotos contra venenos y sobredosis de drogas, 424; Hablando por teléfono con el médico de su bebé, 426; ¿Qué vacunas necesita su hijo?, 428; ¿Necesaria la vacuna contra la viruela?, 429; La vacuna de los animales domésticos, 430; Nuevas soluciones para la esterilidad, 431; El feto y la medicina fetal, 433; El problema del día: el niño y la TV, 436; El primogénito, 438; Los expertos opinan sobre el hijo único, 440; Tablas de peso y estatura, 442

EXTRA

MANUAL PRÁCTICO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS NIÑOS
ENSEÑE A SU NIÑO A ACTUAR EN UNA EMERGENCIA

I - EL CUIDADO PRENATAL

El cuidado físico y emocional de un niño, ciertamente no comienza en el momento del nacimiento, ni siquiera en el instante de la concepción, sino muchísimo antes. En efecto, una mujer físicamente sana y emocionalmente estable, tiene las mejores probabilidades de traer felizmente hijos al mundo, para luego cuidarlos y educarlos en la forma más constructiva posible, más aún si esas características de salud física y estabilidad emocional también se encuentran en el padre de la criatura, y si las condiciones ambientales o externas son igualmente favorables. Toda mujer que aspire a convertirse en madre, hará bien en comenzar a cuidar de su salud, en el más amplio sentido posible, no sólo en beneficio propio, sino también por los hijos que en un futuro pueda traer al mundo.

En un sentido más restringido y directo, el cuidado del niño se extiende al cuidado prenatal, que debe comenzar desde el momento en que se tienen los primeros indicios de un posible embarazo. Todavía hoy en día muchas mujeres creen que puede esperarse varios meses, hasta que la gestación se encuentre bastante adelantada, para entonces acudir a la consulta del profesional. Esto no es así. Precisamente las primeras semanas y los primeros meses del proceso gestatorio revisten una máxima importancia para la salud de la criatura.

LAS PRIMERAS SEÑALES

Lo primero que hace a una mujer sospechar la posibilidad de que la concepción haya ocurrido, es la demora en su menstruación. Para la mayoría de las mujeres, aun para aquéllas que tienen ciclos bastante irregulares, las demoras de más de tres o cuatro días no son muy comunes. Por eso, un retardo de una semana o diez días generalmente justifica que se sospeche la posibilidad de un embarazo.

Otro temprano síntoma del embarazo es la sensación de "llenura" en los pechos. Estos también se hacen muy sensibles a cualquier estímulo doloroso. Este es un síntoma que generalmente empieza a notarse varios días después de haberse advertido la ausencia de la menstruación.

Tenemos una tercera señal en las náuseas mañaneras, que suelen presentarse antes del desayuno. En otras mujeres, sin embargo, las náuseas no se presentan temprano en la mañana, sino más bien alrededor del mediodía, generalmente antes del almuerzo. Y también hay algunas —por fortuna las menos— que padecen estas náuseas a todo lo largo del día. También son muchas las mujeres que nunca las experimentan, aunque sí se quejan de una cierta sensación "rara" en el estómago, y súbitamente se les presenta una inexplicable aversión a ciertos alimentos o sabores.

Las náuseas mañaneras muchas veces se prolongan durante los tres primeros meses de la gestación, desapareciendo luego. No se conoce exactamente cuál es su causa, pero los médicos entienden que la misma está relacionada con factores hormonales. Se ha descubierto que las mismas hormonas que están presentes en una gestación que se inicia, si son administradas a mujeres que no han concebido, producen en ellas las mismas náuseas típicas de la gestación, como les ocurre a muchas de las que toman anticonceptivos orales.

Aproximadamente dos semanas después de la fecha en que debió haberse presentado la menstruación, la mujer nota una necesidad de levantarse de noche para orinar.

Por último, en este breve recuento de los primeros síntomas, debemos incluir la fatiga y el estreñimiento.

POSIBILIDADES DE CONCEBIR

La vida moderna ha introducido cambios drásticos en el estilo de vida de la pareja. La disponibilidad de los anticonceptivos, por ejemplo, le permite a la mujer moderna disfrutar mejor su sexualidad, y la protege ininterrumpidamente contra la posibilidad del embarazo no previsto o no deseado. La maternidad queda transformada así en una posibilidad aplazada. Los anhelos profesionales de la mujer de hoy se han sumado con frecuencia también a las razones que la motivan a posponer la maternidad. Poco a poco, ésta se ha transformado en una decisión deliberada y personal, planeada, que guarda poca relación con el accidente biológico de antaño. De otro lado, el deterioro natural del cuerpo con la edad, la acción de los agentes anticonceptivos, las fuertes tensiones de una vida acelerada y las amenazas ambientales contra la salud hacen de la maternidad algo cada vez más frágil, misterioso y hasta remoto. La mujer se pregunta, a veces, si a través de los años la maternidad sigue siendo para ella una posibilidad real.

Aunque la ciencia no tiene medio alguno para responder con certeza a esta pregunta, la mujer puede contar con algunas garantías dentro de los límites normales de edad: la vida regular y sin excesos, la conservación de la salud, la buena dieta y la práctica de ejercicios ofrecen grandes probabilidades de que su cuerpo no haya sufrido una pérdida de importancia como la fecundidad.

Los anticonceptivos no representan una amenaza real. Las píldoras más recientes son, en efecto, enteramente seguras, pues no contienen sino una fracción de los agentes que solían incorporarse en las primeras. Su acción, por lo demás, ha sido repetidamente comprobada y controlada. Las estadísticas indican que la mujer puede recuperar su fertilidad entre los 18 y los 24 meses después de haber suspendido la píldora.

La mujer que lo desee puede siempre someterse al examen médico. El ginecólogo puede palpar y examinar los órganos genitales, y detectar la presencia de alguna anomalía. La interesada puede observar ella misma, durante unos meses, el ritmo natural de su cuerpo y hacer un gráfico de la temperatura para saber si realmente produce la ovulación.

DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO

Cuando ya han transcurrido dos o tres semanas desde la fecha en que debió ocurrir la menstruación, es que el médico puede aventurarse a un diagnóstico. En otras palabras, ya deben haber transcurrido entre seis y siete semanas desde la última menstruación que sí se presentó. Al cabo de ese tiempo, ya el útero se ha agrandado y suavizado lo suficiente para darle al médico un cierto grado de certidumbre. Dicho órgano ha estado recibiendo un suministro mayor de sangre y, por esta causa, el cuello del útero adquiere una cierta coloración azulosa, que es señal casi segura de que se ha iniciado un embarazo.

Los análisis de sangre y de orina también ayudan a establecer un diagnóstico. Hay bastantes probabilidades de que un análisis pueda dar resultados positivos en fecha muy temprana, hasta diez días después de la ausencia de la menstruación. Pero en muchos casos, esos resultados positivos se obtienen entre dos y tres semanas después. Los médicos, sin embargo, no ordenan estos análisis como cuestión de mera rutina, a no ser en los casos en que exista una verdadera urgencia, por razones médicas o de otra índole, para establecer si realmente hay embarazo o no. La razón para no ordenar un análisis innecesario es que, en cuestión de muy pocos días, el médico va a poder llegar a una conclusión mediante un reconocimiento interior.

El resultado de los análisis para determinar si hay o no embarazo, va a depender de la presencia en la sangre y en la orina de la hormona llamada **gonadotropina coriónica**. Si hay gestación, esta hormona estará siendo elaborada por la placenta. Sobre ésta, se hablará más adelante en este libro.

Una prueba más moderna y más rápida, se basa en las reacciones inmunológicas relativas a la orina de la mujer, a un suero que se extrae de los conejos y a la hormona gonadotropina coriónica humana en su estado puro. Estas pruebas de tipo inmunológico se realizan en cuestión de minutos, de dos horas cuando más. Es cierto que a veces dan resultados positivos falsos, pero esto no ocurre con exagerada frecuencia, y son tantas sus ventajas que, a pesar de los errores ocasionales, casi todos los médicos las prefieren.

CAMBIOS ORGANICOS DURANTE EL EMBARAZO

Desde que la mujer concibe empiezan a presentarse ciertas alteraciones en su organismo, las cuales, en su inmensa mayoría, van manifestándose en forma lenta. Muchos de estos cambios están influidos por las hormonas producidas por la placenta. Casi todas las partes del cuerpo, en mayor o menor medida, resultan afectadas de alguna manera. Aquí analizaremos brevemente los cambios de mayor importancia.

A. En el sistema circulatorio:

El corazón de la mujer tiene que trabajar más durante el embarazo. Las mujeres que padezcan de algún serio trastorno cardíaco necesitan una estricta supervisión médica, y el profesional les señalará las actividades que deben suprimir durante la gestación para evitar un fallo cardíaco. Antiguamente, era bastante común recurrir al aborto terapéutico cuando una mujer padecía de trastornos cardíacos. Hoy en día, gracias a los avances de la ciencia médica, ya no es necesario tomar tan drástica medida. Hay mujeres que, después de haber sido sometidas a la cirugía del corazón, han tenido embarazos y partos felices. Más aún: en algunos casos, la cirugía del corazón se ha practicado con buen éxito, estando la mujer ya embarazada, sin consecuencias negativas para ella ni para la criatura.

Otra alteración relativamente frecuente es la aparición de venas varicosas en las piernas, debido a la mayor presión que tienen que soportar esas venas de las extremidades inferiores. En esto, la herencia también parece ejercer alguna influencia.

B. En el sistema respiratorio:

La congestión nasal no es rara durante la gestación, y la mujer a veces también experimenta molestias en los oídos. Pueden presentarse hemorragias nasales, y la mujer que está predispuesta a las infecciones de los senos nasales, a menudo padece de ellas en su embarazo.

Muchas mujeres se quejan de dificultades para respirar du-

rante la segunda mitad de la gestación. Los médicos no tienen una explicación satisfactoria para este problema, pues se sabe que el embarazo en nada disminuye la capacidad de los pulmones para realizar su función adecuadamente.

C. Trastornos gastrointestinales:

Las náuseas, los vómitos y el estreñimiento son bastante comunes durante los primeros meses de gestación. Además, la digestión se hace un poco más lenta. Esto, dicho sea de paso, constituye un alivio para la embarazada que padece de úlceras, pues, al mantenerse el estómago ocupado por más tiempo, las úlceras producen menos molestias.

En la segunda mitad del tiempo de espera, las acedías no son infrecuentes, y la mujer siente estas molestias principalmente de noche o cuando está acostada. El sentarse, o el acostarse con la cabeza elevada, puede proporcionarle cierto alivio.

Durante la gestación, el flujo de la bilis también se hace más lento. Como consecuencia de esto, los cálculos de la vesícula biliar son más frecuentes en las mujeres que ya han tenido hijos. Esa misma lentitud en el flujo de la bilis explica las frecuentes indigestiones de la embarazada que comete abusos al comer.

D. En el sistema urinario:

El cambio más importante es la dilatación de los uréteres, que puede predisponer a infecciones del tracto urinario.

E. En el sistema óseo y muscular:

Una de las hormonas producidas durante el embarazo, según opinan muchos investigadores, contribuye a reblandecer las articulaciones que mantienen unidos los huesos de la pelvis. El resultado puede traducirse en dolores de espalda y en molestias en el área pelviana, sobre todo hacia el final de la gestación.

F. En la piel:

A muchas mujeres se les oscurece la piel en las áreas donde se acumulan o concentran los pigmentos. Las aréolas alrededor de los pezones se tornan más oscuras. Lo mismo ocurre con los lunares, y también puede haber cierta pigmentación de la piel en las mejillas y la frente, lo que se conoce con el nombre de cloasma o "máscara del embarazo". En cuanto al acné, los efectos del embarazo varían mucho. Algunas pacientes de acné mejoran notablemente con la gestación; otras, empeoran.

LA PRIMERA VISITA AL MEDICO

Tan pronto la mujer tiene razones fundadas para pensar que ha concebido, inmediatamente debe solicitar una cita con el médico. Las complicaciones de la gestación pueden comenzar a manifestarse desde las primeras etapas, y constituye una grave imprudencia esperar varias semanas o meses para ir a ver al médico.

Por ejemplo, el embarazo ectópico representa un serio peligro. Ocurre cuando el óvulo fecundado no queda implantado en el útero, sino en las trompas o conductos de Falopio. Cuando se descubre en esta fase temprana que existe un embarazo ectópico o extrauterino, las consecuencias suelen ser muchísimo menos graves que si tal descubrimiento se hace posteriormente. Otra buena razón para no demorar la consulta médica es que, mientras más temprano se acuda al profesional, más fácil será calcular el término aproximado del embarazo, acercándose bastante a la posible fecha del parto. Lo mejor es solicitar turno con el médico cuando han pasado dos semanas de la fecha en que debió iniciarse la menstruación.

Desde un punto de vista sicológico, es esencial que la mujer, desde el principio, trate de establecer con el médico una relación positiva y cordial, basada en la confianza. Ninguna mujer debe abstenerse de plantearle al médico todas sus dudas, preguntas y temores, aunque le parezcan ridículos. Debe estar sumamente atenta a las respuestas que le dé el facultativo, y a las aclaraciones y recomendaciones que le haga. También debe contestar con absoluta veracidad todas las preguntas del médico, relativas a su alimentación, estado de salud, estilo habitual de vida, historia clínica personal y familiar, medicamentos que ha estado tomando en época reciente, posibles alergias, embarazos y partos anteriores, abortos que haya tenido (ya sean espontáneos o provocados), etcétera.

Lo ideal es que, en esta primera visita, la mujer vaya acompañada de su esposo. Están más que comprobadas las ventajas que tiene el hecho de que, desde un principio, el marido se interese y se involucre activamente en el proceso de la gestación

de su mujer. De esta manera la pareja se sentirá mucho más compenetrada y habrá una mayor comprensión entre ellos. El hombre sabrá cómo interpretar los cambios que irá notando en su compañera, especialmente los de índole anímica o emocional y también los dos se irán preparando juntos para las responsabilidades de la paternidad.

Una vez que la mujer ha suministrado al médico la información que éste le ha pedido, el profesional procederá a un examen físico, incluyendo un reconocimiento interno o pelviano. Si lo estima conveniente, aprovechará esta oportunidad para hacer la prueba Papanicolau. Esta prueba sirve para descubrir el cáncer del cuello del útero en una fase aún incipiente. También se fijará en la estructura ósea del área pelviana. Este examen le permitirá al médico anticipar posibles dificultades cuando llegue el momento del alumbramiento.

El médico suele ordenar análisis de sangre, para determinar el conteo, y también el nivel de hemoglobina, así como para conocer el factor Rh. Hoy en día, muchos médicos son partidarios de prescribir un análisis especial para determinar si hay sífilis. Por último, también ordenará un análisis de orina.

El médico explicará cuáles son los síntomas normales que la mujer puede esperar, y cuáles los anómalos que, en caso de presentarse, deben serle notificados de inmediato. La mujer no debe vacilar en hacerse repetir, cuantas veces sea necesario, cualquier explicación que no haya entendido.

Es de suma importancia que la pareja no se sienta agobiada por preocupaciones de tipo económico. En esta primera visita al profesional, deben discutirse todas las cuestiones concernientes a los honorarios del médico y a los gastos del parto. Ninguna mujer debe, por razones de tipo económico, privarse de la asistencia médica que ella y su futuro hijo necesitan. En todos los países existen servicios de salubridad pública, enteramente gratuitos, para prestar la necesaria atención médica, e incluso sicológica, a la mujer en espera de un hijo, incluyendo a las madres solteras.

En la primera visita al profesional, la mujer también debe informarse de cuáles son las actividades de su vida habitual que puede proseguir normalmente sin temor, cuáles son las que debe moderar o restringir, y cuáles las que debe suprimir enteramente.

También podemos decir, como regla general, que durante la gestación, tan negativa resulta la fatiga excesiva como la exagerada inactividad.

ENSEÑE A SU NIÑO A ACTUAR EN UNA EMERGENCIA

Si se pierde en la ciudad

- Que aprenda a dar su nombre, dirección y teléfono a una persona adulta, preferiblemente a un policía. (El niño debe llevar siempre una identificación).
- Que se familiarice con algunos lugares a los cuales pueda dirigirse en busca de orientación (una tienda o farmacia conocida).

Si se pierde en el campo

- Que aprenda a permanecer en un espacio abierto, libre de vegetación tupida, donde tendría más probabilidades de ser prontamente encontrado.
- Que aprenda a caminar en una dirección recta, que más tarde o más temprano le llevará a un camino o a una carretera.
- Si el niño es mayor, que aprenda a orientarse por los puntos cardinales.

Si se declara un incendio en la casa

- Que aprenda todas las posibles vías de salida, o por lo menos dos.
- Que sepa el número de teléfono de los bomberos y cómo llamarlos desde el teléfono más cercano y darles las señas exactas de su casa.
- Que aprenda a no esconderse bajo la cama ni en los clósets, ni mucho menos abrir una puerta al otro lado de la cual puedan estar las llamas.
- Que sepa permanecer junto a una ventana abierta —si le es absolutamente imposible abandonar la casa— para que le puedan ver desde afuera y ser rescatado.

Si lo muerde un animal

- Enséñele que nunca debe acariciar a un animal desconocido.
- En caso de mordedura y no puede notificar el accidente de inmediato a un adulto, enséñelo a lavarse la herida con agua limpia y secarla con una pieza de tela, también limpia.

Si el fuego se prende a sus ropas

- Que aprenda en este caso a tirarse al suelo y dar vueltas rápidas sobre sí mismo hasta sofocar las llamas.
- Si tiene una alfombra o frazada al alcance de su mano, que se envuelva apretadamente en ella.

Si se le aproximan personas extrañas

- Que aprenda que nunca, en ninguna circunstancia, debe seguir a un desconocido que le pida que lo acompañe.
- Que nunca debe aceptar dinero ni golosinas de un extraño, ni subir a un automóvil con alguien que no conoce.

MANUAL PRÁCTICO DE

PRIMEROS AUXILIOS

PARA LOS **NIÑOS**

COMO DEBE ACTUAR USTED EN UNA EMERGENCIA

Ingestión de medicamentos o productos químicos (aspirina, detergente, etc.)

Si la sustancia ingerida TIENE algún componente cáustico

- Dé al niño un vaso de leche y acuda rápidamente a un centro de emergencias.

Si la sustancia NO TIENE componentes cáusticos

- Haga vomitar al niño dándole una cucharada de jarabe de ipecacuana y un vaso de agua tibia.
- Recoja una muestra del material vomitado y acuda al centro de emergencias más cercano.

Ingestión de un cuerpo extraño (monedas, botones, juguetes pequeños, etc.)

Si el niño tiene tos o se pone morado (cianosis)

- Voltee al niño con la cabeza hacia abajo y, trazando una línea recta a nivel del final de los omoplatos, déle golpes no muy suaves **por encima de esta línea** con la palma de la mano, hasta que logre expulsar el objeto.

Si no presenta síntomas como los anteriores

- Espere a que expulse el objeto y ponga al niño en una dieta rica en fibras (cereales, pan, ensaladas, vegetales, etc.)

Si el niño se introduce un cuerpo extraño en la nariz o en el oído

- No trate de sacar el objeto.
- Si es en la nariz, haga que se la suene, pero no le introduzca nada que pueda impulsar el cuerpo extraño.
- Si es en el oído, no lo toque. Lleve al niño a una persona especializada que le extraiga el objeto. (Si el cuerpo extraño es un insecto, puede ponerle unas gotas de aceite tibio hasta llenarle el conducto).

¿PUEDE SABERSE EL SEXO DE UN NIÑO ANTES QUE NAZCA?

El sexo queda determinado por los cromosomas del padre, desde el momento de la concepción. Los cromosomas son pequeños cuerpos que se encuentran en el núcleo de las células. Cada persona tiene 46 cromosomas, 23 de la madre y 23 del padre, colocados en parejas. El par número 23 es el que determina el sexo.

En cada óvulo de la madre hay dos cromosomas en forma de X; y en cada espermatozoo hay un cromosoma en forma de X y otro en forma de Y. Cuando el óvulo y el espermatozoo se unen, cada uno contribuye a la fertilización solamente con la mitad del material que lo compone. Esta división de las células toma el nombre de *meiosis*.

Si un cromosoma X es el primero en llegar al óvulo y fertilizarlo, se produce la combinación XX y la nueva criatura será una niña. Si es el cromosoma en forma de Y el que fertiliza el óvulo, será un varón.

Actualmente es posible observar los cromosomas en las células de un feto, flotando libremente en las aguas fetales y, por su forma, descubrir el sexo del mismo. Sin embargo, tal examen, por presentar el riesgo de un aborto, sólo se hace cuando hay sospechas de que la criatura pueda padecer una enfermedad hereditaria o una anormalidad de los cromosomas, para que los padres tengan la oportunidad de decidir si quieren o no que el niño enfermo o anormal llegue a nacer. Por eso, para la mayoría de los padres, el sexo del hijo es un secreto hasta el momento del nacimiento.

Durante el primer cuarto del embarazo los sexos son exactamente iguales, con las mismas glándulas y órganos sexuales primordiales. Después se van desarrollando de modo diferente, según sea varón o hembra. Ha sido posible, en algunas sonografías —tipo de fotografía que ha sustituido a los rayos X— hechas al final del embarazo, apreciar el sexo de la criatura, pero no siempre se logra, pues depende de la posición adoptada por la misma.

PRUEBA DE SANGRE "AFP" PARA EMBARAZADAS

Una nueva prueba de la sangre llamada AFP (alfafetoproteína), se puede practicar ahora en las mujeres en estado de gestación, entre las quince y veintidós semanas después del último periodo menstrual, para determinar si el futuro bebé podría tener ciertos defectos de nacimiento en el cerebro o la médula espinal, llamados "defectos del tubo neural". La prueba ofrece, por otra parte, a la gran mayoría de las mujeres que se sometan a ella, una seguridad adicional de que sus bebés no van a nacer con esos defectos.

Si usted piensa someterse a la prueba AFP de la sangre, deberá estar advertida de que esa prueba, por sí misma, no garantiza un diagnóstico exacto. Es posible que algunos defectos del tubo neural pasen inadvertidos; y, por otra parte, la probabilidad de que en un feto saludable, se diagnostiquen esos defectos, es mínima.

De todos modos, se aconseja a la mujer que discuta con su médico la posibilidad de que se obtengan resultados incorrectos de la prueba, antes de solicitarla.

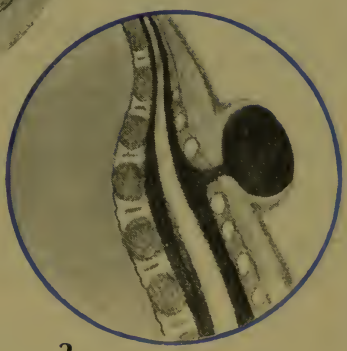
¿Y qué son los defectos del tubo neural? Pues son defectos del sistema nervioso central. Este sistema incluye la médula espinal y el cerebro, y ambos se derivan de una estructura que en el embrión en desarrollo se llama tubo neural. Tan pronto el embrión normal se desarrolla en la madre, el tubo neural se cierra completamente. Sin embargo, si todo o parte del tubo neural no llega a cerrarse, dejando una abertura, el bebé tiene entonces un defecto. En algunos casos, la abertura en el tubo puede quedar expuesta; en otros, el defecto puede quedar cubierto por hueso y piel. La mayoría de los defectos en un tubo neural cerrado, no son detectados por la prueba de AFP.

Dos defectos del tubo neural que son serios y bastante comunes, son la anencefalia y la espina bífida.

En los caso de anencefalia, buena parte del cerebro, la cabeza y posiblemente la médula espinal no se desarrollan normalmente. Los recién nacidos con esta afección usualmente mueren poco después del alumbramiento.

El caso de la espina bífida, llamado también "espina abierta", es un defecto de la médula espinal, y puede tener varias formas.

1



2

3

1. Desarrollo de la espina dorsal normal en el feto.

2. Espina bífida sin estar involucrada la médula espinal.

3.Espina bífida con intrusión de la médula.

Un niño con espina bífida, desarrollado normalmente, puede presentar una deficiencia física muy pequeña. Pero, frecuentemente, ocurre la parálisis de las extremidades inferiores, repetidas infecciones del tracto urinario, hidrocefalia, retardación mental e incontinencia de la orina o heces fecales.

La deformación de la espina y el daño causado a los nervios por este defecto, pueden afectar los movimientos del individuo. Algunos pueden caminar solos; otros deben usar muletas o sillas de ruedas.

Las modernas técnicas quirúrgicas y correctivas pueden remediar considerablemente las deficiencias de los niños que nacen con estos defectos.

Hasta ahora, la causa de los defectos del tubo neural no es conocida. Esos defectos pueden ser heredados o causados por factores ambientales. Pero se requieren más estudios aún para encontrar la verdadera causa.

Las probabilidades de que un bebé nazca con defectos del tubo neural, en los Estados Unidos, son de 1 a 2 por cada mil. De tres mil a seis mil de los tres millones de bebés que nacen cada año, tendrán defectos del tubo neural, dividiéndose casi al 50% los casos de anencefalia y los de espina bífida. De los 3 mil a 6 mil bebés que tengan los defectos, aproximadamente el 90 al 95% habrá nacido de madres que no tienen la característica de "riesgo especial". Los restantes 300 ó 600 bebés con los defectos habrán nacido de padres con "riesgo especial", es decir, de mujeres que ya han dado a luz bebés con defectos del tubo neural; o que uno de los dos, o los dos padres tienen esos defectos; o de mujeres cuyas madres o padres tienen antecedentes de defectos del tubo neural.

¿QUE ES LA AFP?

La AFP (alfafetoproteína) es una substancia que es producida por el feto a medida que crece. Cuando el tubo neural no está propiamente formado, una gran proporción de la alfafetoproteína pasa al fluido amniótico y entra en la sangre de la madre. Midiendo la cantidad de AFP en la sangre y líquido amniótico de la madre, es posible pronosticar si hay o no la probabilidad de que el feto tenga un defecto en el tubo neural.

La prueba de AFP consiste en tomar una muestra de sangre del brazo de la madre, para medir en el laboratorio

la cantidad de AFP presente, e informarlo al médico. Si el resultado del primer análisis de la sangre es elevado, se requerirán otras pruebas antes de poder determinar si el bebé que va a nacer tendrá o no defectos en el tubo neural. El mejor lapso para efectuar la prueba es entre las 16 y 18 semanas posteriores al último periodo menstrual.

Los resultados de esta prueba pueden tener los siguientes significados: Si la sangre tiene niveles normales de AFP, la prueba se considera negativa, y no habrá necesidad de efectuar pruebas posteriores. Los padres deben entender, sin embargo, que el resultado normal de AFP puede dejar pasar inadvertidos hasta el 20% de bebés afectados por defectos del tubo neural. Pero puede pronosticar, con bastante certeza, que el bebé no va a tener defectos en el tubo neural.

Si el resultado de la prueba AFP es alto, ello no significa que hay un defecto del tubo neural en el feto, sino que la madre deberá someterse a pruebas adicionales, para ver si el bebé tiene defectos o no.

Si el resultado de una segunda prueba es también elevado, habrá de un 4 a un 10% de probabilidades de que el bebé tenga un defecto en el tubo. Lo más probable es que la madre esté gestando gemelos, o que la gestación esté más adelantada de lo calculado. En este caso el médico realizará pruebas adicionales.

Esas pruebas adicionalès pueden ser la sonografía o la amniocéntesis. La sonografía permitirá decir si la causa de la AFP elevada se debe a la existencia de gemelos o a lo avanzado de la gestación. También puede mostrar si el bebé ha muerto, y frecuentemente, si hay defectos en el tubo neural. Si la sonografía resulta negativa, la amniocéntesis se hará necesaria.

En la amniocéntesis se toma una muestra del fluido amniótico, para que en el laboratorio determinen el nivel de AFP. Si éste es alto y las otras posibles causas (los gemelos o la gestación avanzada) han sido descartadas, entonces hay bastantes probabilidades de que el bebé tenga defectos en el tubo neural.

Como la amniocéntesis siempre implica un pequeño riesgo, la madre deberá consultar a su médico. Si el resultado de esta prueba también es elevado en AFP, el médico puede intentar localizar el posible defecto practicando una amniografía, inyectando un tinte opaco en el útero para perfilar el feto y precisar, si es posible, cualquier malformación.

II - PROBLEMAS MEDICOS DEL EMBARAZO

Para casi todos los obstetras, uno de los aspectos fundamentales es lograr un adecuado control del aumento de peso en la mujer, a través del apropiado régimen alimentario. No es cierto, como antiguamente se decía, que la mujer embarazada necesite "comer por dos". Es innegable que la mujer debe estar bien nutrida, por ella misma y por la criatura que lleva en su seno, pero esto no implica, en modo alguno, el ingerir cantidades exageradas de comida. Un aumento excesivo de peso podría conducir a indeseables complicaciones.

Casi todos los especialistas coinciden en estimar que la dieta mejor para la embarazada es un régimen rico en proteínas, más aún tratándose de mujeres menores de veinte años. Los médicos suelen recomendar una ración de carne, ave o pescado al día; uno o dos vasos diarios de leche, y un huevo tres o cuatro veces por semana. Las carnes, rojas o blancas, la leche y sus productos derivados, y la yema del huevo son las principales fuentes de proteínas, aunque también los cereales, las legumbres y las verduras nos las suministran hasta cierto grado.

La mujer embarazada ha de preferir la carne magra, no los cortes muy grasosos, y la ración debe ser no menor de tres o cuatro onzas en una comida (es decir, entre 85 y 115 gramos).

El hígado es un alimento excelente para la mujer que espera. Además de la proteína, es rico en vitaminas y minerales, y ofrece la ventaja, en muchos lugares, de resultar más económico que otros cortes de carne de res (vacuno).

Si el aumento de peso constituye un serio problema, muchos médicos optan por recomendar que se coman mariscos varias veces a la semana, ya que son una buena fuente de proteínas con bajo contenido graso.

La mujer que espera no debe "saltarse" ninguna de las tres comidas básicas o principales del día. En otras palabras, debe desayunar, almorzar y cenar con la mayor regularidad posible. El uso de las grasas y los aceites, en la preparación de sus comidas, debe reducirse al mínimo. Tampoco son recomendables las meriendas a media mañana o a media tarde, especialmente aquéllas que tengan un alto contenido calórico.

En cuanto a la sal, casi todos los médicos aconsejan que se reduzca bastante su consumo. En el embarazo, es natural la tendencia del organismo a la retención de líquidos y de sodio, y es por esta razón que debe limitarse la sal. Sin embargo, esto del consumo de sal puede resultar tan delicado y crítico, por el peligro de toxemia (sobre lo que hablaremos más adelante en este libro), que la mujer no debe, por su cuenta y riesgo, ponerse a aumentar o disminuir su consumo habitual de sal sin antes haber conversado con su médico.

Para muchas mujeres, es casi un artículo de fe la creencia de que deben tomar suplementos vitamínicos durante la gestación. Esto no es necesariamente así. La mujer acostumbrada a observar una dieta sana, completa y bien balanceada, probablemente no padezca de deficiencias vitamínicas y, por consiguiente, no necesita dichos suplementos durante los meses de espera, salvo que su médico, por alguna razón especial, se los prescriba.

La mujer promedio pierde entre quince y veinte libras de peso durante las dos primeras semanas siguientes al parto. Por esta razón, en los últimos años, entre los obstetras se hizo general la opinión de que el aumento de peso, durante el embarazo, no debe ser superior a veinte libras. Sin embargo, en fecha más reciente, este criterio ha sido modificado, y ya son muchos los médicos que admiten que un aumento de peso de veintidós o veintitrés libras debe considerarse normal, y no presenta peligros en una gran mayoría de los casos. Es normal que ese aumento sea mayor en las fases finales. Cuando ya va acercándose el parto, es mayor la tendencia del organismo a retener

EL EXAMEN DEL VIENTRE REVELA LA SALUD DEL FUTURO BEBE

La mayoría de las futuras madres piensan que, mientras mayor tengan el vientre, más sano y robusto será su bebé. En realidad, el tamaño del vientre depende no sólo de las medidas de la criatura, sino de otros factores, como son: el líquido amniótico (1 l aproximadamente), la placenta (unos 100 g), el útero (de 2.0 a 2.5 kg) y los vasos uterinos que, dilatados, aumentan su volumen de 500 a 700 ml. Todo este peso es soportado por los músculos del abdomen que, si tienen la fortaleza debida, mantienen el útero en su sitio, pero si están débiles, como sucede a menudo en las mujeres obesas, tiende a caerse. Sin embargo, el médico sí puede, mediante el reconocimiento del vientre de la mujer grávida, recoger una serie de datos que van a determinar el estado de la criatura.

Generalmente este examen se practica una vez al mes y durante el mismo se toman dos medidas: Una vertical, desde el pubis hasta el ombligo, para saber la altura del útero, que en el primer mes es de 8 centímetros, y de 36 al final de la gestación. La otra, tomada horizontalmente, es de la circunferencia del vientre, la cual sufre una variación de 90 a 100 centímetros, desde el comienzo del embarazo hasta su terminación, y varía según la posición de la criatura.

Estas medidas dan al médico una idea del crecimiento del feto y el tiempo de la gestación, y permiten detectar cualquier alteración sufrida por la criatura. Pero él, además, realiza otro reconocimiento, que consiste en palpar el útero, el cual le permite apreciar la cantidad de líquido amniótico, el número de bebés y de qué lado y en qué posición está colocada la criatura.

Si del reconocimiento se desprende que algo no anda bien, dispone de otros medios, como el análisis del líquido amniótico y la sonografía, una forma de fotografiar al bebé antes de nacer, mediante una técnica de sonido, que sustituye con ventaja a los rayos X que, sobre todo en las etapas tempranas del embarazo, pueden ser perjudiciales.

líquidos y, además, la criatura está aumentando su peso a razón de una onza diaria.

El conteo de calorías, desde luego, es importante. Para el embarazo, la mayoría de los dietistas recomiendan entre dos mil quinientas y tres mil calorías diarias. Ahora bien, para muchas mujeres, esto podría resultar algo excesivo. En algunos casos, el ginecólogo recomienda no más de dos mil o dos mil doscientas calorías al día, para evitar un aumento exagerado de peso.

Algunas mujeres, preocupadas por su figura, tratan de disminuir aún más su consumo de calorías. Esto, en general, tampoco es beneficioso. Un régimen de mil quinientas calorías diarias, o menos, en la gestación, no es aconsejable, pues se hace muy difícil, en la práctica, observar una dieta completa y balanceada con tan pocas calorías.

A la mujer embarazada normalmente se le recomienda que beba un litro diario de leche. Si a usted no le gusta, limítese por lo menos a dos vasos, y trate de suplir la diferencia con algún producto derivado de la leche. El más recomendable es el requesón (tipo "cottage cheese"). También puede comer otros tipos de quesos, pero con cierta prudencial moderación, ya que casi todos son muy ricos en sal.

Las legumbres de hojas verdes y las amarillas deben comerse una o dos veces al día. Específicamente se recomiendan los guisantes o arvejas, los frijoles, el bróculi, la col (repollo), la espinaca, el ají, la zanahoria, etc. Como la cocción siempre destruye parte del contenido vitamínico de estos alimentos, es recomendable que algunas verduras y legumbres se coman crudas, en forma de ensalada. Las que vienen congeladas tienen tanto valor nutritivo como las frescas, pero deben comerse con moderación, pues suelen ser muy elevadas en su contenido de sal.

Los productos vegetales ricos en almidón, como la papa, el maíz, la berenjena y la calabaza, son recomendables por los minerales que aportan, pero tienen más calorías que las verduras. Por eso, deben comerse moderadamente si se nota cierta tendencia al aumento exagerado de peso.

No debe pasarse por alto la importancia de la vitamina C, que abunda no sólo en las frutas cítricas y en sus jugos, sino también en otros alimentos, como el tomate, la guayaba, la piña (ananás) y el melón "cantaloupe".

El pan, el arroz y las pastas pueden comerse una o dos veces al día, pero moderadamente. Estos alimentos redondean una dieta balanceada, pero si nota que está aumentando mucho de

peso, éstos son los primeros que debe empezar a restringir o suprimir.

Para ayudarse a controlar su consumo de grasas, se le sugiere que tome la leche descremada o semidescremada, y que hierva o ase las carnes en lugar de freírlas. Evite también las salsas y las cremas.

Es importante, durante el embarazo, tomar bastante líquido, para excretar suficiente orina, y así evitar las infecciones del tracto urinario.

LA ANEMIA

Hay suficiente evidencia para sostener que a la mayoría de las mujeres se le puede presentar una anemia durante la gestación, provocada por deficiencias de mineral de hierro. Por esto, en casi todos los casos, el ginecólogo recomienda alguna preparación a base de dicho mineral. El único problema surge porque el hierro puede producir trastornos gastrointestinales. Cuando la mujer sufre de náuseas mañaneras, los suplementos de hierro pueden hacerla sentir peor, por lo que muchos médicos prefieren que los mismos no se usen hasta después de haberse ya superado el problema de las náuseas.

LA HIGIENE PERSONAL

Durante el embarazo, la mujer debe darse un baño diario, ya sea bajo la ducha o en la bañera. Antes se creía que la mujer embarazada debía ducharse, no darse baños de asiento, para evitar infecciones. Sin embargo, hoy los ginecólogos admiten que la mujer puede usar la bañera, sin temor, hasta el mismo final de la gestación. Sin embargo, este tipo de baño no es lo más recomendable para las que ya han padecido infecciones del tracto urinario.

Las duchas vaginales generalmente son innecesarias. Es cierto que la gestación aumenta las secreciones mucosas en el cuello del útero, pero esto es perfectamente normal. Si esas secreciones llegan a molestar mucho, la mujer puede darse sus duchas vaginales con agua sola, a la temperatura ambiente, o con una solución de agua y vinagre, que se preparará con un litro de agua y cuatro cucharadas de vinagre.

Las duchas vaginales durante la gestación requieren ciertas precauciones. Para dárselas, no se usarán jeringas ni bulbos o peras manuales. Hay que evitar el peligro de introducir aire en las venas uterinas. Para darse una ducha vaginal, la mujer embarazada se acostará boca arriba en la bañera, con las piernas flexionadas, en la misma postura que asume cuando el ginecólogo va a hacerle un reconocimiento interno. Usará una jeringa del tipo fuente, suspendida a una altura de uno o dos pies por encima del nivel del agua en la bañera. Sólo la mitad de la espita o canilla debe ser introducida en el canal vaginal.

Si las secreciones se presentaren acompañadas de picazón o irritación, ello es señal de que hay alguna infección. En tal caso, el ginecólogo se encargará de prescribir el tratamiento adecuado.

En cuanto a la ropa y al calzado, la mujer de hoy puede considerarse afortunada. Los modistas y diseñadores hoy crean ropa muy atractiva para que la mujer la lleve durante sus meses de espera. En las primeras fases de la gestación los pechos se agrandan y se hacen más pesados, por lo que casi siempre la mujer debe usar un sostén o "brassiere" de una talla mayor.

Hay muchas prendas interiores diseñadas para darle soporte al útero durante la gestación, incluyendo tipos especiales de fajas, pero la mayoría de las mujeres no necesita usar tales prendas.

Los pantimedias, que ya se fabrican para la mujer embarazada, suelen ser mejores que las medias tradicionales usadas con ligas. Las ligas, al constreñir la circulación, favorecen el desarrollo de várices e inflamaciones del tobillo.

No es absolutamente imprescindible, a menos que el médico se lo ordene por alguna causa especial, dejar los tacones altos. Sin embargo, muchas mujeres se sienten más cómodas con el zapato bajo, y prefieren usarlo espontáneamente, aunque el médico no lo indique. Esto es cierto, sobre todo a partir del cuarto o quinto mes. También es muy posible que necesite una talla mayor de calzado. No es que los huesos de los pies se agranden durante el embarazo, como a veces se dice equivocadamente. Lo que ocurre es que casi todas las mujeres, aun las que tienen un embarazo normal y feliz, presentan cierta retención de líquido, por lo que los pies tienden a inflamarse, de modo que se sienten más confortables con un calzado de talla mayor. (Si la inflamación de los pies o de las manos llegare a ser anormalmente notable, deberá notificarse al médico lo antes posible.)

LA MATERNIDAD DESPUES DE LOS 30

Despues de cumplir 30 años, muchas mujeres se preocupan al quedar embarazadas por los problemas que puedan surgir debido a la edad. Temen tener un hijo con el síndrome de Down, también conocido como mongolismo (ver la página 198); o que se les presenten complicaciones en el momento de dar a luz.

Si bien es cierto que la incidencia de bebés mongólicos es mayor cuando la madre tiene 30 años o más, ocurre sólo un caso en cada 1.000, entre las mujeres de 30 años; y uno en cada 400 cuando la mujer tiene más de 35. Podemos, pues, concluir que si la mujer tiene menos de 35 años, el margen de posibilidades de tener un bebé anormal es en realidad muy pequeño.

Existe una prueba llamada amniocentesis, por la cual se puede determinar la salud del feto. Por lo general, la amniocentesis es un procedimiento simple: se extrae una muestra del líquido amniótico (el líquido en el cual flota el futuro bebé) del útero, entre el tercero y el cuarto mes, y se analiza en el laboratorio. Este examen detecta el síndrome de Down o cualquier otro desorden genético que el feto esté padeciendo. En la mayoría de los casos, esta prueba devuelve la tranquilidad a la futura mamá.

Las estadísticas demuestran que las mujeres mayores tienen partos más largos que las jóvenes, pero sólo cuando son primerizas. La edad no parece afectar la duración de los partos después que ya la mujer ha sido madre por lo menos una vez.

En cuanto a las otras complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, como son la toxemia (un trastorno metabólico); la hipertensión (aumento de presión arterial); y las enfermedades renales, se consideran relacionadas con la salud general y los hábitos alimenticios de la mujer, no con su edad.

Hoy en día y cada vez más unánimemente, los médicos parecen concluir que, en realidad, no hay una "edad perfecta" para la maternidad. Una mujer que quede embarazada con buena salud y una historia clínica sin complicaciones; tiene grandes posibilidades de tener un embarazo y un parto normales, no importa su edad.

EL EJERCICIO FISICO

Si el embarazo se presenta normal y la mujer no tiene una historia clínica de complicaciones en embarazos anteriores, podrá practicar casi todos los deportes femeninos, evitando solamente aquellos que impliquen una actividad demasiado violenta. En casi todos los casos el médico autoriza el tenis, el golf y la navegación a vela. Las esquiadoras expertas pueden continuar esquiando durante el embarazo, pero este deporte debe ser evitado por las que no tengan una gran práctica en el mismo, por el peligro de frecuentes caídas. También deben evitarse los deportes que impliquen competencias. En el caso del tenis, por ejemplo, la mujer jugará por el mero placer de hacerlo, pero sin hacer esfuerzos exagerados por ganar el partido.

Está ampliamente demostrado, a través de muchos estudios, que la mujer acostumbrada, desde su niñez o adolescencia, a practicar con constancia el ejercicio físico o los deportes, generalmente posee una tonicidad muscular que le será de gran ayuda para sobrellevar mejor su embarazo, y también en el parto. Estas mujeres, además, habituadas al ejercicio, suelen fatigarse menos durante los meses de la gestación, se sienten menos tensas y no tienden a un indeseable aumento de peso, aun en los casos en que el embarazo las obligue a disminuir su ritmo normal de actividades. A los maridos, por su parte, no debe alarmarles el hecho de que sus esposas continúen ciertas prácticas de ejercicio y deportes en el curso del embarazo, si se atienen a las pautas dadas por el médico.

La mujer embarazada tampoco tiene que privarse de viajar. Sin embargo, hacia el final del embarazo, se recomienda que se eviten los viajes demasiado largos en automóvil o avión. El tener que permanecer sentada largas horas puede ocasionar inflamación de las piernas.

En cuanto al trabajo, un embarazo normal no es incompatible con las actividades habituales de la mujer. Fuera de casos excepcionales, no hay ninguna razón para que la mujer renuncie a su empleo si prefiere conservarlo. En casi todos los países existe una legislación adecuada que contempla la licencia de maternidad para antes y después del parto.

LAS RELACIONES SEXUALES

Son bastante numerosas las autoridades médicas que opinan que es sensato abstenerse de las relaciones sexuales durante las primeras semanas de la gestación. Señalan los que así opinan que las relaciones íntimas podrían precipitar un aborto involuntario. Está demostrado, sin embargo, que la inmensa mayoría de estos abortos, cuando se presentan en una fase temprana, se deben a defectos del óvulo fecundado. La abstención sexual no va a impedir que tales abortos se produzcan.

Más interesante y polémico resulta el determinar hasta qué momento del embarazo puede la mujer continuar manteniendo relaciones íntimas, sin peligro. Para muchas, la libido o apetito sexual disminuye, en forma espontánea, a medida que va acercándose el parto, de modo que prefieren entrar voluntariamente en una etapa de abstención. Otras, aunque no disminuya en ellas la intensidad de sus deseos sexuales, encuentran incómoda o dolorosa la relación íntima, de modo que prefieren suspenderla.

No hay una regla fija, pero la mayoría de los ginecólogos opta por recomendar a sus pacientes que se abstengan de la relación sexual durante el último mes. La principal razón es el temor de que puedan presentarse infecciones en el canal vaginal, especialmente si el parto se anticipa o si se produce una ruptura de las membranas durante el coito.

MEDICAMENTOS Y RAYOS X

Está demostrado que el uso de ciertos medicamentos, durante la gestación, puede producir anormalidades en la criatura. Esto se hizo trágicamente evidente hace ya unos cuantos años, cuando el problema de la talidomida. Desde entonces, en casi todos los países, las autoridades de salubridad pública comenzaron a adoptar normas mucho más estrictas respecto a la administración de medicamentos a la mujer embarazada. Hoy por hoy, lo que

se recomienda es que la futura madre no tome absolutamente ningún medicamento, ni siquiera los que supuestamente se consideran más inofensivos, sin contar antes con la expresa autorización de su ginecólogo. Aun en estos casos, el medicamento debe usarse con la más estricta sujeción, en cuanto a dosis y frecuencia, a las indicaciones dadas por el profesional. Esto se aplica tanto a los medicamentos que solamente se expiden bajo receta, como a aquellos otros que pueden obtenerse sin necesidad de prescripción.

Con relación a los rayos X hemos de considerar que los efectos de las radiaciones sobre los organismos vivos constituyen algo sumamente complejo. Los **genes** son los factores hereditarios que están presentes en las células, y son responsables de las características heredadas: color del cabello y de los ojos, tipo sanguíneo y muchísimas más. De tarde en tarde ocurre un cambio o mutación en los genes, de manera que el individuo nace con características diferentes de las de sus padres.

Por ejemplo, podría ocurrir una mutación en el gene de uno de los padres que determina la visión. Supongamos que ambos padres tienen una visión perfecta. No obstante, por la mutación genética que se ha producido, el hijo no la heredará, y tendrá una visión deficiente, que podrá seguirse transmitiendo a la descendencia. Las mutaciones, desde luego, no son únicamente de tipo negativo. También pueden ocurrir mutaciones favorables.

Los especialistas en genética se encargan de advertirnos que la radiación, en cualquiera de sus formas, incrementa el ritmo de las mutaciones genéticas. En otras palabras, mientras mayor sea la cantidad de radiación recibida por el sujeto, más acelerado es el ritmo de los cambios genéticos. Cuando se usan los rayos X con fines de diagnóstico, la cantidad de radiación a que se ve expuesto el paciente es extremadamente pequeña. Por consiguiente, el aumento en el ritmo de las mutaciones genéticas viene a resultar prácticamente infinitesimal. Aun así, los ginecólogos prefieren no exponer a la mujer embarazada a los rayos X, si no existe una razón grave que lo justifique.

Otra cosa completamente distinta es emplear las radiaciones no meramente como técnica de diagnóstico, sino como tratamiento. Los efectos de las radiaciones son acumulativos. Por esta razón, los tratamientos de rayos X y de radio no se les administran a los niños y jóvenes, a menos que sea absolutamente necesario. Las dosis excesivamente altas de radiación sí pueden resultar fatales para el desarrollo del embrión. Desde luego, casi

nunca es necesario someter a una mujer embarazada a tales tratamientos. Estos serían necesarios, por ejemplo, en el caso del cáncer del útero. Para destruir el tumor maligno, hay que recurrir a las radiaciones, y ello casi siempre implica la pérdida de la criatura. Por fortuna, tales casos son en extremo excepcionales.

PERDIDAS VAGINALES

Las hemorragias o pérdidas vaginales probablemente constituyen la más importante y la más frecuente de todas las señales de peligro durante la gestación. Esto no debe interpretarse en el sentido de que toda pérdida vaginal constituya síntoma de un trastorno grave. Muchas veces no es así. Sin embargo, esas pérdidas nunca deben ser ignoradas.

A muchas mujeres se les presenta una pérdida indolora muy ligera, precisamente en los días en que debía habérseles presentado el primer período menstrual que les falta. Este tipo de pérdida ligera no es peligroso ni para la madre ni para el desarrollo del embrión. Lo único que puede ocurrir es que la mujer confunda esa pequeña pérdida con su menstruación regular y, en consecuencia, no sospeche que está embarazada.

Las pérdidas durante las primeras semanas a veces indican que un aborto espontáneo está al producirse. También pueden ser un síntoma de que hay un embarazo ectópico. Si las pérdidas se presentan hacia mediados de la gestación, y se reducen solamente a unas ligeras manchas parduscas, suelen indicar que hay algún trastorno en el cuello del útero, que requiere tratamiento médico.

Si se notan pérdidas mínimas después del acto sexual realizado durante el embarazo, ello puede ser un signo de la existencia de un pólipo benigno en el cuello del útero, o simplemente una señal de erosión del cuello del útero. Es en la fase final del embarazo cuando las pérdidas pueden resultar más peligrosas para la madre y para la criatura. Si son copiosas, indican que hay alguna anormalidad en la colocación de la placenta. Al comenzar el proceso del parto, a menudo se presentan pérdidas muy ligeras, que deben considerarse normales en la inmensa mayoría de los casos.

Los anales de la fotografía registraron una fecha de particular importancia cuando, en el año 1965, un fotógrafo sueco llamado Lennart Nilsson, ofreció a una acreditada revista norteamericana, un increíble estudio fotográfico en el cual mostraba las diferentes fases de desarrollo del ser humano a lo largo de su vida intrauterina. Esas técnicas fotográficas han logrado muestras como las presentadas.

Los chinos consideran, como tradición milenaria, que los bebés nacen con un año de edad, probablemente debido a la tremenda actividad vital que se opera durante los nueve meses de vida intrauterina. Hoy día, y gracias a las modernísimas técnicas fotográficas, podemos observar las diferentes fases de desarrollo que sufre la criatura dentro de la bolsa amniótica en el útero materno mientras dura el embarazo.

En esta era de la revolución tecnológica, los suecos recientemente han estado experimentando una nueva técnica para el parto sin dolor: el parto eléctrico. Y las mujeres suecas que han pasado por dicha experiencia, casi sin excepción, se han convertido en las mejores "propagandistas" del nuevo método, que lleva ya algún tiempo aplicándose, en una clínica de la ciudad de Goteborg, por el doctor Peter Bundsen y un grupo de colegas y colaboradores. (Las fotos de esta página fueron tomadas en dicha clínica por el fotógrafo italiano Toni Sica, que viajó expresamente a Suecia para obtenerlas.) El sistema comenzó a aplicarse en enero de 1976, y ya pasan de 300 las mujeres que han dado a luz felizmente gracias al parto eléctrico. El método funciona a base de la aplicación de electrodos en determinados puntos anatómicos.

Hoy en día, el porcentaje de muertes de recién nacidos se ha reducido en forma drástica, no sólo por existir superiores condiciones de asepsia en el salón de partos, sino también por la aplicación de nuevas técnicas de urgencia a los bebés que vienen al mundo con problemas, inclusive tratándose de prematuros.

La doctora Iolanda Minoli, en Milán, Italia, dirige uno de los centros más avanzados en el mundo entero, especialmente dedicado a la atención médica de los bebés prematuros y de los que nacen con problemas físicos que podrían costarles la vida. Sus métodos, felizmente están siendo adoptados ya en otros países.

DOLORES ABDOMINALES

Los dolores abdominales de menor intensidad son sumamente frecuentes durante el embarazo. Ahora bien, si se presentan molestias abdominales muy intensas y persistentes, el médico debe ser notificado. Cuando el cuello del útero se abre, ya sea porque comienza el parto o porque se presenta un aborto involuntario, el dolor se sentirá en la cintura, en el bajo abdomen o en la espalda. A veces, se ramifica hacia los muslos.

En el curso de la gestación, hay muchas causas que justifican los dolores abdominales. En la primera fase, muchas mujeres experimentan un dolor vago, difusamente localizado, que se asemeja a un calambre en el bajo abdomen. Tales dolores no suelen tener la menor trascendencia.

Si hay un embarazo ectópico o se presenta un aborto, los dolores suelen ser bastante agudos y generalmente acompañados de hemorragia o pérdidas. Cuando el útero se dilata, lo que ocurre a partir del tercer mes, los ligamentos que lo sostienen comienzan a estirarse. No es extraño, en esta fase, que cualquier movimiento del útero, ocasionado por una simple tos o por un cambio súbito de la velocidad al caminar, produzca un dolor agudo y pasajero en las ingles.

Los dolores apendiculares también pueden sobrevenir durante la gestación, pero de esto se hablará más adelante.

Ya hacia el final del embarazo, una de las causas más frecuentes de dolores abdominales es la separación prematura de la placenta. Cuando esto ocurre, casi siempre hay hemorragia, que puede ser copiosa o ligera. Los dolores de parto son algo similares a los calambres menstruales que muchas mujeres conocen, y generalmente se presentan en la cintura, ya sea al frente o en la espalda. Poco a poco, van ganando en intensidad y haciéndose más frecuentes.

Muchas mujeres se preguntan cómo pueden distinguir entre los dolores que señalan el inicio del parto y aquéllos que sólo son una "falsa alarma". Cuando comienza el parto, suele haber un pequeño sangramiento vaginal, que no se presenta en los casos de falsa alarma. Además, cuando el proceso del parto no

ha comenzado aún, los dolores suelen desaparecer si la mujer realiza alguna ligera actividad física. Una buena prueba práctica es la siguiente: Levántese y camine durante 15 ó 20 minutos; si con esto desaparecen los dolores, es casi seguro que el parto no se ha iniciado aún. Por el contrario, si se trata del parto, lo más probable es que, con el ejercicio, los dolores se intensifiquen y aumenten su frecuencia.

PERDIDA DE LA ACTIVIDAD FETAL

Entre el cuarto y quinto mes de embarazo, la mujer empieza a sentir en su seno los movimientos de la criatura. Algunos bebés, en esta fase, son mucho más activos que otros. Sin embargo, aun los más "pacíficos" dejan sentir su presencia por lo menos una vez en el día. Una vez que la mujer ha comenzado a sentir tales movimientos, debe ponerse en contacto con su médico si los mismos no se repiten después de pasadas 24 horas.

El médico podrá sentir los latidos cardíacos de la criatura y confirmar si todo marcha bien. A veces sucede que el médico tiene dificultad para captar ese ritmo cardíaco, pero si la futura madre siente que la criatura se mueve, entonces no hay razón para preocuparse. Lo que ocurre es que la criatura se ha colocado en una posición que dificulta que los latidos de su corazón sean localizados.

Ahora bien, cuando coinciden las dos cosas, es decir, que la madre no siente a la criatura moverse y el médico no capta los latidos, entonces es probable que el feto haya muerto. Tales casos, aunque usted haya oído de ellos a menudo, no son estadísticamente frecuentes.

En el pasado, los casos más frecuentes de partos muertos casi siempre se debían a problemas relacionados con el factor Rh de la sangre. Estas dificultades, como se verá más adelante, casi siempre pueden prevenirse hoy en día. La alta presión arterial y la diabetes también son factores que pueden contribuir a los partos muertos, así como la separación prematura de la placenta, que también será explicada luego en este libro. En cuanto a los casos en que la muerte del feto se debe a nudos y torsiones del cordón umbilical, debe señalarse que, a pesar de lo movida que es la actividad fetal, tales ocurrencias se presentan raras veces.

RUPTURA DE LA BOLSA DE LAS AGUAS

En el 10 ó 15 % de los casos, la bolsa amniótica o de las aguas se rompe antes de iniciarse el parto. Si éste comienza poco después de la ruptura no hay peligro, pero si demora, existe la posibilidad de que se presente una infección en el canal vaginal. Generalmente los médicos esperan un término prudencial (unas 24 horas) y, si en ese tiempo el parto no se presenta, proceden a provocarlo o inducirlo, mediante una infusión intravenosa diluida, de pitocina. Ahora bien, cuando falta mucho tiempo para la fecha en que se esperaba el parto, es muy probable que el ginecólogo se abstenga de provocarlo, pues los riesgos de que la criatura nazca prematuramente son mucho mayores que el peligro de una infección. En tal caso indicará a su paciente que se tome la temperatura varias veces al día y que, si la observa elevada, le avise inmediatamente, porque esto pudiera ser síntoma de que se está desarrollando una infección. También le ordenará suspender las relaciones sexuales durante este período y la aplicación de duchas vaginales.

¿Cómo sabe la futura madre que la bolsa se ha roto? Con frecuencia la secreción acuosa es tan abundante, que no da lugar a duda. Otras veces se manifiesta como goteo, que puede saturar dos servilletas sanitarias en el curso de 3 ó 4 horas. También el flujo puede proceder de la vejiga que, en los últimos meses de gestación se encuentra oprimida, lo que impide el control urinario. Pero en este caso se contiene enseguida. De todos modos, ante alguno de estos síntomas, la embarazada debe consultar inmediatamente a su médico, para que verifique si la bolsa está rota o no, y tome las medidas pertinentes.

III - EL CURSO DEL EMBARAZO

La fertilización ocurre cuando el espermatozoide masculino se une al óvulo femenino.

Cada una de estas dos células tiene 23 cromosomas, y cada cromosoma contiene millares de genes. Los genes son los "portadores" de las características hereditarias, tales como el color del cabello, el tipo sanguíneo, etc. Los cromosomas del esperma se combinan con los del óvulo, para producir un total de 46 cromosomas, número que es constante y característico de la especie humana.

En este mismo momento, queda determinado el sexo que tendrá la criatura. De los 23 cromosomas que contienen el esperma y el óvulo, hay 22 de ellos que son llamados cromosomas **autosómicos.** El vigésimo tercero es el cromosoma encargado de la determinación del sexo. Estos cromosomas son de dos tipos: X e Y. La mujer produce exclusivamente cromosomas del tipo X. Es decir, todo óvulo, en el momento de ser fecundado, es portador de un cromosoma X.

El hombre, por el contrario, produce ambos tipos de cromosomas: X e Y. Si un espermatozoide que contenga un cromosoma X es el que fecunda al óvulo, la criatura será una niña. Pero si el espermatozoide contiene un cromosoma Y, entonces se

engendrará un varón. El padre, por tanto, es el que determina el sexo de la descendencia.

Los cromosomas X son mayores y más pesados que los cromosomas Y. Por consiguiente, se estima que los espermatozoides que contienen cromosomas X viajan más lentamente en su recorrido hacia el útero y las trompas de Falopio. También se sabe que tales espermatozoides viven más tiempo que los que contienen cromosomas Y. Por consiguiente, se estima que una pareja tiene mayores probabilidades de concebir un varón si mantiene relaciones íntimas inmediatamente antes de la ovulación. Las probabilidades de concebir una niña son mayores si la relación sexual se mantiene uno o dos días antes de que la ovulación se produzca.

Tan pronto el óvulo queda fecundado, comienza a tener lugar el proceso de la división celular.

LA IMPLANTACION DEL OVULO FECUNDADO EN LAS PAREDES DEL UTERO

Ese proceso de división celular continúa con bastante rapidez. El óvulo fecundado va tomando la forma de una esfera, en la que se distinguen dos grupos de células: las que formarán el embrión y las que formarán la placenta.

A la vez que todo esto va ocurriendo, el óvulo fecundado va descendiendo por la trompa o conducto de Falopio, hacia el útero. Este recorrido demora aproximadamente tres días. Si alguna anormalidad en las trompas de Falopio interrumpe el viaje del óvulo fecundado, puede producirse un embarazo ectópico.

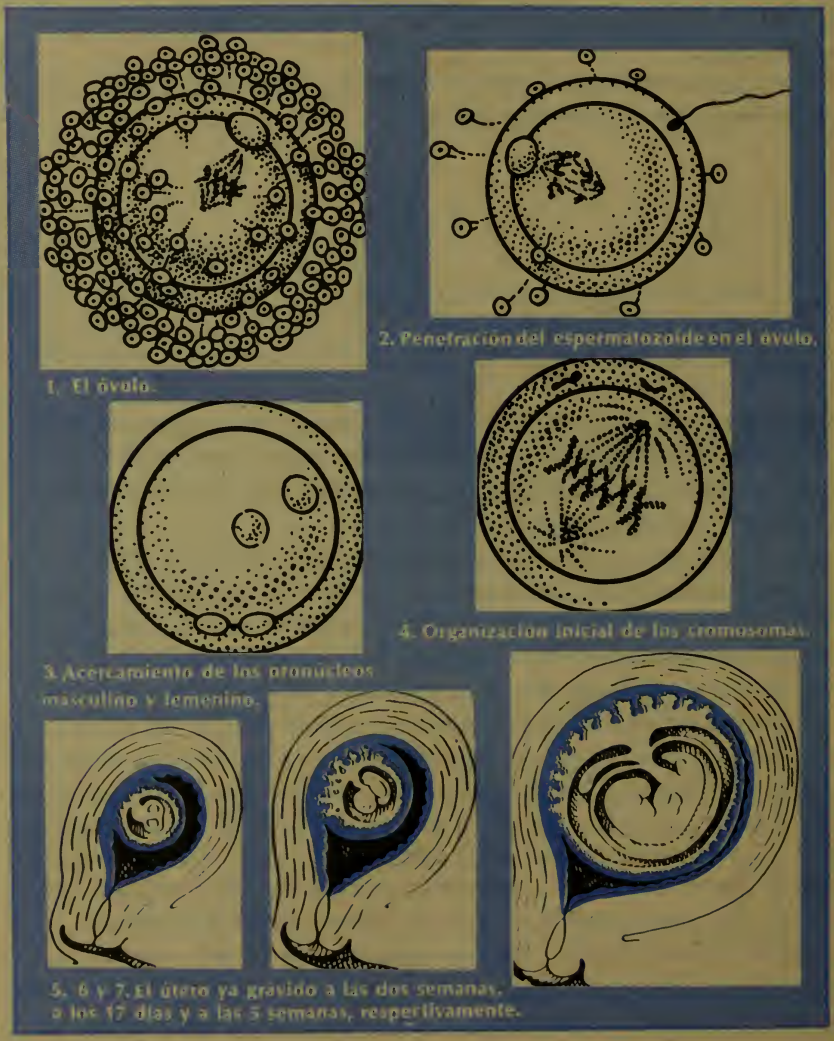
Una vez en el útero, este óvulo continúa creciendo y, tras un período de tres o cuatro días, se adhiere a la superficie de las paredes uterinas. Cuando esto ocurre, ya han pasado seis o siete días desde el momento de la concepción. Si el lugar escogido por el óvulo fecundado para implantarse está muy cercano al cuello del útero, entonces podría producirse, al final de la gestación, la complicación conocida como **placenta previa.**

En el proceso de la implantación en las paredes uterinas se separan los dos tipos de células a que nos habíamos referido antes, quedando así formado el embrión y formándose también

una placenta primitiva o rudimentaria. La circulación placentaria queda establecida cuando el embrión tiene dos semanas, entonces la sangre materna comienza a alimentar al embrión.

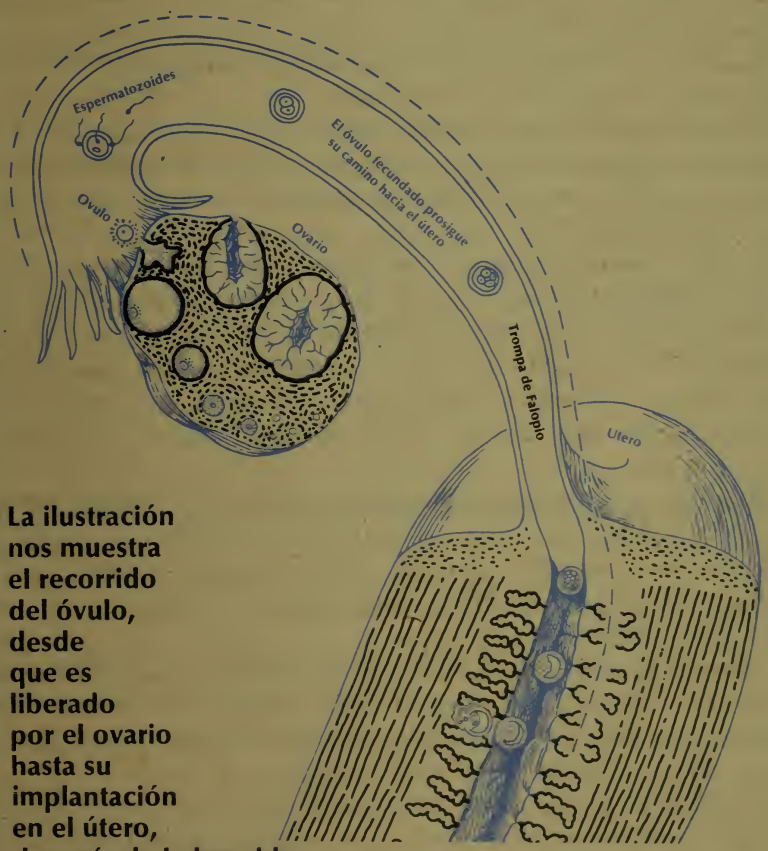
En este momento pudiera haber algún ligero sangramiento vaginal, que suele coincidir con el momento en que debía presentarse la menstruación regular, de modo que no es extraño que algunas mujeres se confundan y no se den cuenta, al principio, de que están embarazadas.

En esta fase el embrión presenta la forma de un disco o plato de dos capas, por lo que se le ha comparado con un emparedado sin nada en el medio. La capa superior es el ectodermo, de



donde se desarrollarán la piel, las uñas, el cabello y el sistema nervioso. La capa inferior es el endodermo, que da origen a los aparatos respiratorio y digestivo y a muchas glándulas accesorias.

Muy pronto, en el espacio vacío intermedio, se empieza a desarrollar una tercera capa: el mesodermo. De éste se van a formar las cavidades pleurales, los músculos y los tejidos que revisten los órganos abdominales. Dispersas entre estas tres capas, se encuentran otras células "sueltas", que son las que formarán el corazón, los vasos sanguíneos, los huesos y los cartílagos.



La ilustración nos muestra el recorrido del óvulo, desde que es liberado por el ovario hasta su implantación en el útero, después de haber sido fertilizado por el espermatozoide masculino en la trompa de Falopio.

LAS SEMANAS SUBSIGUIENTES

Los principales órganos del ser humano son los primeros en formarse durante la vida embrionaria. El cerebro y el corazón empiezan a desarrollarse en la tercera semana.

El embrión también cambia de forma. Abandonando su aspecto de disco o plato, adquiere primero una configuración ovalada; después, presenta la forma de pera y, por último, se asemeja a la forma de un violín.

También en la tercera semana empiezan a formarse los vasos sanguíneos y las células sanguíneas.

A partir de este momento los cambios en el cuerpo del embrión se suceden con gran rapidez. En la cuarta semana ya comienza a desarrollarse el aparato digestivo, y lo mismo ocurre con los riñones.

En esta etapa el embrión no parece aún un bebé humano, pero sí tiene una cabeza y una cola que ya se pueden diferenciar perfectamente. En la cabeza puede distinguirse el inicio de la formación de los ojos, los oídos y las mandíbulas. El corazón, en esta etapa, se presenta como una protuberancia relativamente grande por el lado inferior del embrión, pero ya está latiendo rítmicamente.

El embrión ha aumentado cincuenta veces su tamaño, desde la etapa en que sólo era un óvulo fecundado, y su peso ha aumentado ocho mil veces. Pero todavía es pequeñísimo, ya que apenas mide ¼ de pulgada de largo, es decir, un poco más de medio centímetro.

En el segundo mes de vida embrionaria se va definiendo mejor la configuración externa, sobre todo en lo que será el rostro del bebé. En esta etapa la cabeza representa una tercera parte de la longitud total del embrión.

Después de la sexta semana comienzan a formarse las extremidades, incluyendo los dedos. Al principio, los brazos y las manos se desarrollan con un poco más de rapidez que las piernas y los pies. También se inicia la estructura de lo que luego será la columna vertebral. Se advierte la existencia de una diminuta

cola, que luego desaparecerá de un todo, cuando se formen los glúteos o nalgas.

A los dos meses la criatura tiene ya una forma humana definida. Su cabeza todavía se ve muy grande en comparación con el resto del cuerpo, y el abdomen parece demasiado prominente, pues el hígado, en esta fase, es bastante grande para la cavidad abdominal. A pesar de todo, su longitud es apenas de un poquito más de una pulgada, es decir, entre 2,5 y 3 centímetros.

A partir de este momento, dejaremos de llamarle embrión a la criatura, y se le aplicará el nombre de feto.

Hacia el final del segundo mes, comienza el desarrollo óseo y muscular. La carne irá llenando una serie de espacios vacíos, lo que dará al feto más forma humana. Poco después comenzarán los movimientos fetales, pero generalmente no podrán ser percibidos por la madre hasta el cuarto mes y medio, poco más o menos.

El aparato digestivo va aumentando de tamaño, y sus distintos órganos van distribuyéndose en las posiciones que definitivamente ocuparán. Inclusive el apéndice se forma en esta etapa. Y también el diafragma, que separará el abdomen del tórax.

Asimismo se inicia la formación de los órganos sexuales, aunque no debemos olvidarnos de que el sexo de la criatura estaba ya determinado desde el momento mismo de la concepción.

TERCERO, CUARTO Y QUINTO MES

La maravillosa "maquinaria" que es el cuerpo humano se caracteriza por el alto grado de especialización de las funciones de sus diferentes órganos. En el tercer mes de gestación esa especialización comienza a definirse.

En la boca se inicia la formación de los dientes. Aunque éstos no brotarán hasta que el niño tenga aproximadamente 5 meses de nacido, su formación comienza en el tercer mes de vida intrauterina. También ahora comienzan a formarse la laringe y la tráquea. La evolución de las cuerdas vocales empezará más tarde y no terminará hasta después del nacimiento, cuando el bebé tenga alrededor de seis meses.

En estos momentos el hígado es importantísimo para la producción de los glóbulos rojos de la sangre. Después del nacimiento la médula de los huesos se encargará de esta función. También ahora aparecen las células productoras de insulina. La diferenciación de los órganos sexuales también se acelera ahora, en los varones más rápidamente que en las niñas.

A partir del cuarto mes habrá muy pocos cambios sustanciales. El resto del proceso será principalmente de maduración y aumento de tamaño de los distintos órganos. El feto de cuatro meses se asemeja ya a un bebé diminuto, aunque todavía la cabeza se le ve demasiado grande, y las piernas resultan demasiado cortas. La piel tiene muy poco espesor, y se presenta roja y arrugada. Más tarde, se formará una capa de grasa bajo la piel, lo que hará que desaparezcan esas arrugas.

En el cuarto mes el feto tiene un peso aproximado de ½ libra, y una longitud que oscila entre 8 y 10 pulgadas, es decir, de veinte a veinticinco centímetros.

Hacia el final del cuarto mes, si las condiciones son propicias, tal vez el médico ya pueda captar los latidos cardíacos fetales. Además, entre el cuarto y el quinto mes, la madre puede empezar a notar los movimientos de la criatura.

LOS MESES FINALES DE LA GESTACION

En el sexto mes ya suele haber un cabello muy fino en la cabeza fetal. Su color, sin embargo, será muy distinto del que tendrá el cabello del niño ya nacido. Ahora aparecen las uñas en los dedos de las manos y los pies, las que se desarrollarán muy lentamente. Los párpados, que hasta entonces habían permanecido sellados, ahora se abren, y aparecen las cejas y las pestañas.

Aproximadamente hacia el séptimo mes el feto está completamente desarrollado. Desde ahora hasta el momento del nacimiento, sólo necesita continuar creciendo y aumentando su peso y su fuerza, para poder sobrevivir en el ambiente extrauterino. A partir del séptimo mes empiezan a aumentar rápidamente las probabilidades de que los prematuros sobrevivan. El sexo parece influir algo. Las probabilidades de sobrevivir,

en estos casos, son ligeramente mayores para las niñas.

Desde luego, hay que descartar, por ser totalmente infundada, la vieja creencia o superstición de que los sietemesinos tienen mejores probabilidades de vivir que los ochomesinos. Por supuesto, no hay tal cosa. Mientras más tarde se produzca el nacimiento prematuro, más desarrollado estará el feto, y me-

La ilustración indica que el cuello del útero ya está completamente dilatado, pero aún no ha comenzado el tránsito de la criatura a través del canal vaginal. Con esa dilatación se considera que ha terminado la primera fase del parto, que explicamos más detalladamente en las páginas 77 y siguientes de este mismo libro. En la mayoría de los casos, si la criatura se presenta "de cabeza", ello contribuirá a facilitar mucho el resto del proceso del parto.

jor equipado orgánicamente para sobrevivir en el mundo exterior. En algunos casos hasta unos pocos días pueden representar una importantísima diferencia. Por eso, cuando los partos se presentan prematuramente, el ginecólogo procura, si las circunstancias del caso lo permiten, demorar el alumbramiento dos o tres días, pues ello podría representar una diferencia de vida o muerte para la criatura.

IV - TRASTORNOS MAS COMUNES DURANTE LA GESTACION

Si la mujer que espera un hijo está debidamente advertida de los trastornos que pueden sobrevenir a lo largo de la gestación, estará muchísimo mejor preparada para cuidar inteligentemente de sí misma y de la criatura que lleva en su seno. No se trata, en modo alguno, de adoptar una actitud ansiosa o alarmista, que resultaría sumamente negativa para el bienestar emocional de la mujer, y que inclusive podría tener repercusiones orgánicas desfavorables. Lo que se pretende es que la mujer sepa reconocer aquellos síntomas que no deben dejarse sin la necesaria atención, y que sepa también cómo actuar en consecuencia.

LA ANEMIA

La anemia consiste en una reducción del número de glóbulos rojos en la sangre o en una disminución de la hemoglobina, o de ambas cosas.

Los síntomas más comunes de la anemia son la fatiga, la debilidad y la palidez. Desde luego, no hay un solo y único tipo de anemia, ya que son muchas y muy diversas las causas que pueden producirla. Si la anemia se debe a una destrucción de los glóbulos rojos, también puede presentarse acompañada de ictericia.

Cierto grado **muy ligero** de anemia debe considerarse normal para casi todas las mujeres embarazadas.

En la mujer en general, la causa más común de anemia suele ser la deficiencia de mineral de hierro. Ello se debe a la cantidad de sangre que la mujer mensualmente pierde con la menstruación, que representa un drenaje crónico de sus reservas de hierro. Además, al sobrevenir el embarazo, la mujer también pierde grandes cantidades de hierro durante el proceso de la formación del embrión y de la placenta.

Esta anemia por deficiencia de hierro es la más usual de todas las complicaciones médicas de la gestación. Son muy contadas las mujeres embarazadas que no necesitan tomar algún suplemento de hierro. Al médico le corresponde señalar en qué dosis. Si él advierte que el conteo globular y las concentraciones de hemoglobina no aumentan con estos suplementos, entonces se apresurará a buscar alguna otra explicación para la anemia.

Estos suplementos de hierro a veces provocan desarreglos gastrointestinales, sobre todo si la mujer está padeciendo de náuseas en el inicio de su embarazo. En tales casos, el médico suele preferir esperar un poco de tiempo, a que las náuseas ya hayan desaparecido.

La anemia debida a una deficiencia de **ácido fólico** es extremadamente rara. El ácido fólico, similar a una vitamina, abunda en muchos de los alimentos incluidos en nuestra dieta habitual. Este tipo de anemia tiene ciertas características comunes con la anemia perniciosa, que se encuentra en personas de edad muchísimo más avanzada. La verdadera anemia perniciosa casi nunca está presente en el embarazo, y constituye una rareza que muchos médicos jamás han encontrado en toda una vida dedicada al ejercicio de su profesión.

Hay algunas modalidades de anemia hereditaria que pueden manifestarse en el embarazo, y que a veces causan serias complicaciones durante el mismo.

Una de ellas es una anemia, llamada drepanocítica, en la cual las células sanguíneas, al destruirse, originan la formación de coágulos que aparecen en distintos órganos del cuerpo. Se caracteriza por la fiebre y por los dolores en los varios órganos afec-

tados. Este tipo de anemia se encuentra casi exclusivamente en personas de la raza negra. La forma más eficaz de tratarla son las transfusiones de sangre.

Aun en los casos en que la mujer sea anémica, rara vez lo es su hijo al momento del nacimiento. Casi todos los bebés nacen con un alto conteo globular y con altas concentraciones de hemoglobina. Ello se debe al hecho de que la densidad del oxígeno es más baja en el ambiente intrauterino que en el mundo exterior.

En ocasiones, puede ser necesario recurrir a una transfusión para reemplazar la sangre que la mujer haya perdido en el parto. Pero son pocos los casos en que el médico ordena las transfusiones antes del alumbramiento. Esto generalmente se hace sólo cuando la anemia de la mujer es muy severa.

LA APENDICITIS

La apendicitis es la más importante de las complicaciones quirúrgicas que pueden sobrevenir durante la gestación. Estadísticamente, se presenta con igual frecuencia en mujeres embarazadas y no embarazadas.

El problema mayor radica en que, durante la gestación, la apendicitis suele ser más difícil de diagnosticar. Las náuseas y el dolor agudo que normalmente la acompañan pueden confundirse con trastornos propios del embarazo.

La mujer debe informarle al médico sobre cualquier dolor persistente que se registre en el lado derecho del abdomen, más aún si lo acompañan náuseas, vómitos o pérdida del apetito.

En los casos de apendicitis, suele elevarse mucho el conteo de los leucocitos o glóbulos blancos, pero, como esto también ocurre en la gestación, hay una mayor dificultad para llegar a un diagnóstico correcto.

La perforación del apéndice siempre es peligrosa, más aún durante la gestación. Por ello, es particularmente importante que el médico agote los recursos para establecer el diagnóstico a la mayor brevedad posible.

En la segunda mitad de la gestación, la apendicectomía puede presentar complicaciones técnicas, debido al agrandamiento del

útero. Por eso, en estos casos, casi siempre el cirujano necesita hacer una incisión mayor.

Como es natural, la mujer embarazada que debe someterse a una apendicectomía, se preocupa de los efectos que la operación y la anestesia puedan tener sobre la criatura. Sin embargo, inclusive en operaciones abdominales de varias horas de duración, no hay peligro para el bebé si la anestesia se administra adecuadamente y, por fortuna, la anestesiología es hoy una de las ramas médicas más adelantadas. Es necesario que la futura madre no sufra de falta de oxígeno durante la intervención. Ello podría lesionar seriamente al feto, pero un anestesista competente se preocupará de que el suministro de oxígeno sea el adecuado. Los medicamentos anestésicos que se administren a la madre traspasarán la barrera placentaria y llegarán hasta el feto, pero no le harán daño, y son rápidamente eliminados al cesar la aplicación de la anestesia.

DOLORES DE ESPALDA

Una de las incomodidades de que más se quejan las embarazadas es el dolor de espalda. Las causas del mismo, tanto en el embarazo como fuera de éste, generalmente residen en los músculos y ligamentos de la espalda. En el embarazo, los cambios en la postura, y una ligera relajación que se produce en algunos de dichos ligamentos, suelen agravar un poco el problema. En opinión de muchos médicos, una de las hormonas producidas durante la gestación surte el efecto de relajar un poco las articulaciones de la pelvis, lo que también puede contribuir a los dolores de espalda. Durante los meses de espera, éstos suelen presentarse y desaparecer en forma un poco anárquica, es decir, sin sujetarse a un patrón fijo y previsible. A veces persisten por una o dos semanas, desapareciendo luego, aun sin tratamiento específico.

El descanso sobre un colchón firme o extrafirme suele aliviar considerablemente estos dolores. También es posible que el ginecólogo recomiende una faja de maternidad de calidad superior. En esto, no debe escatimarse. Los baños calientes y las aplicaciones locales de calor también pueden proporcionar bastante

alivio a la mujer que pasa por el proceso del embarazo.

Pero en lo que concierne al dolor de espalda, la **prevención** es lo mejor. Toda mujer estará físicamente mejor preparada para las funciones del embarazo y el parto, si se preocupa de hacer regularmente y con constancia algunos ejercicios físicos que fortalezcan los músculos de la espalda. Más aún: en algunas ocasiones, el obstetra prescribe que estos ejercicios se realicen durante la gestación. En Europa, sobre todo Francia, en años recientes, muchos médicos están ordenando a la mujer embarazada a hacer estos ejercicios en el mar. Sin embargo, no deben realizarse en los momentos en que se está con el dolor. Tampoco deben iniciarse violentamente, sino en forma gradual.

No siempre los dolores de espalda que surgen en el embarazo obedecen a problemas de naturaleza ortopédica. A veces se deben a trastornos renales. Las infecciones del riñón suelen presentarse acompañadas de fiebre, dolor y un ardor al evacuar la orina. Sin embargo, a veces son **asintomáticas.**

En lo que concierne al dolor de espalda en el embarazo, la prevención es lo mejor. La mujer debe hacer un esfuerzo para evitar el arquear mucho la espalda hacia adentro. Sin embargo, el dolor de espalda también pudiera tener un origen renal.

Hacia las fases finales de la gestación, si el dolor de espalda que se presenta es similar a los que muchas mujeres acostumbran tener antes de la menstruación o durante ésta, ello puede constituir un primer síntoma de que el parto está ya a punto de comenzar, o de que la placenta puede separarse en cualquier momento. Por consiguiente, conviene notificar al médico de la aparición de tales dolores, muy especialmente si se presentan junto con alguna pérdida vaginal, por insignificante que ésta sea.

LA DEPRESION NERVIOSA

Casi todas las mujeres están conscientes de que, después del parto, suele presentarse cierto grado de depresión, que generalmente desaparece a los pocos días, aunque a veces se prolonga durante algunas semanas. Este fenómeno, si se mantiene dentro de límites moderados, debe considerarse normal, y no constituye motivo de seria alarma. A esta depresión posterior al parto nos referiremos, más detalladamente, más adelante en este libro.

Sin embargo, no todas las mujeres están advertidas de que estos estados depresivos también son relativamente frecuentes durante la gestación.

Estas depresiones se manifiestan de muchas maneras diversas, y no es extraño que muchas mujeres ni siquiera se percaten del estado depresivo por el cual están atravesando. Los intempestivos accesos de llanto, sin motivo alguno que los justifique, son uno de los síntomas más comunes. Otras señales son la dificultad para conciliar el sueño y el despertarse súbitamente durante la noche, después de haber dormido sólo unas pocas horas. En ocasiones como éstas, está científicamente demostrado, por pruebas médicas y sicológicas, que la mujer embarazada tiende a exagerar, más allá de toda medida razonable, los más simples problemas cotidianos. Esto conduce, naturalmente, a un negativo estado de melancolía y desaliento. En especial, les preocupa la idea de no ser capaces para asumir las responsabilidades de la crianza del niño. Estando advertida de que estos estados de ánimo pueden sobrevenir, la mujer estará mucho mejor preparada para lidiar con ellos.

En los pocos casos en que la depresión llega a ser mucho más intensa, la mujer puede perder el apetito, así como dejar de interesarse en las relaciones conyugales íntimas.

Estas situaciones pueden complicarse si sobrevienen acontecimientos externos negativos, tales como la enfermedad o muerte de un ser querido, la pérdida del trabajo del esposo, cualquier revés de tipo económico, etc.

Si la mujer tiene una relación positiva con el médico que la

atiende, basada en la confianza, el profesional podrá ayudarla mucho a superar su depresión, y a encarar la vida diaria y el futuro desde una perspectiva mucho más optimista.

También reviste particular importancia el que el marido esté advertido de que todas estas situaciones pueden sobrevenir durante el embarazo, pues así estará mejor dispuesto y más capacitado para ayudar a su mujer, tanto con el peso de las tareas diarias de la casa, como también con una actitud positiva de mayor comprensión, paciencia y cariño, inspirándole la seguridad y la confianza que ella tanto necesita en estos momentos. Si el hombre toma junto con su mujer alguno de los cursos de preparación para el parto, seguramente la comprenderá mejor.

De todos modos, en la inmensa mayoría de los casos, los estados depresivos de la mujer embarazada no llegan a ser muy graves ni a perdurar por mucho tiempo. A veces, en cuestión de muy pocos días, la mujer espontáneamente vuelve a sentirse mucho más serena, confiada y optimista.

En las últimas décadas, han proliferado las drogas para el tratamiento de los estados depresivos de mayor o menor intensidad. Aunque es cierto que muchos de esos medicamentos resultan en extremo eficaces, la mujer embarazada no debe, bajo ninguna circunstancia, recurrir a los mismos sin la expresa autorización de su médico. Hoy por hoy, salvo casos muy excepcionales, los ginecólogos prefieren no prescribir tales medicamentos a la mujer que espera el nacimiento de un hijo.

LAS ENFERMEDADES VIRALES

Como es bien sabido, los virus son responsables de muchas enfermedades contagiosas. Se trata de organismos mucho más pequeños aún que las bacterias, y crecen y se multiplican rápidamente en el interior de las células vivas. Pueden traspasar, con relativa facilidad, la barrera placentaria. Como prueba, son bien conocidas las anormalidades congénitas que presenta la criatura cuando la madre, por ejemplo, ha tenido la rubéola en una fase temprana del embarazo. A continuación, haremos una breve referencia a algunas de las más comunes de estas enfermedades contagiosas que pueden presentarse durante el embarazo.

HISTORIAL CLINICO DE LA MUJER EMBARAZADA

Casi todo el mundo se preocupa celosamente de guardar los documentos de importancia relacionados con los negocios, las finanzas, las propiedades, los seguros, etc. Sin embargo, es raro que se dé igual importancia al historial clínico de la persona. Muchas vidas se salvarían, y muchos problemas graves se evitarían, si todas las personas pudieran, en caso necesario, dar al médico una información objetiva, completa y exacta acerca de las enfermedades y de los problemas de salud que han ido confrontando a lo largo de toda la vida.

Los niños, obviamente, no pueden hacer esto, pero las madres deben procurar llevar un cuaderno separado para cada uno de sus hijos, donde anoten las enfermedades que han padecido, operaciones quirúrgicas y otros tratamientos especiales a que se han sometido, vacunas recibidas, enfermedades infecciosas por las que han pasado, alergias, etc.

Cuando los hijos llegan a la edad adulta, se les puede entregar ese cuaderno y hablarles de la conveniencia de que lo sigan en el futuro. En el caso específico de la mujer, ésta será una guía de valor inapreciable cuando, en estado de gestación, deba responder a las distintas preguntas que le hará su médico, pues podrá contestárselas sin vacilaciones ni inseguridades, sin informes confusos, sin datos errados.

Esa mujer, por ejemplo, podrá saber así si alguna vez padeció la rubéola, si fue vacunada o no contra esta enfermedad; la fecha exacta en que tuvo su menarquía (primera menstruación), si sus primeras menstruaciones fueron problemáticas y si fue necesario algún tratamiento para normalizar las mismas; otros datos e informes respecto a problemas ginecológicos que haya padecido; etc. Todo ello va a contribuir, no sólo en el embarazo, sino en cualquier otra circunstancia, a que el médico haga una mejor evaluación.

La rubéola:

Fueron los médicos australianos los que, en el año 1942, por primera vez notaron que distintas anomalías congénitas, especialmente del corazón, los ojos y los oídos, estaban presentes en muchos bebés y niños cuyas madres habían padecido de rubéola en los primeros tiempos del embarazo. Tales observaciones pronto fueron confirmadas y ratificadas por médicos del mundo entero.

Muy pronto se llegó a la conclusión de que, en casos tales, lo mejor que se podía hacer era recurrir al aborto terapéutico. Hoy en día, sin embargo, la opinión médica ya no es tan drástica y, aunque en muchos casos se sigue indicando a la mujer la conveniencia del aborto, otras veces los médicos optan por dejar que el embarazo continúe su curso.

En la actualidad, el énfasis mayor se está haciendo en la prevención. Los médicos aconsejan que toda mujer, antes de casarse, se asegure de si es inmune o no a la rubéola. Para aquéllas que no saben si han sido vacunadas, o no pueden recordar la fecha, o no saben si padecieron de rubéola durante los años de su niñez, hay pruebas especiales que permiten determinar si la inmunización es necesaria o no.

La mujer que ya tiene uno o más hijos, sobre todo si todavía son pequeños, debe discutir con el médico que los atiende la conveniencia de hacerlos vacunar contra la rubéola. De este modo, no sólo estará protegiendo a sus hijos contra dicha enfermedad, sino que también estará evitándose a sí misma el serio problema que pudiera surgir si, en un futuro, estando embarazada de nuevo, uno de sus hijos contrae la rubéola y ella se ve en la necesidad de atenderlo y cuidarlo, exponiéndose así directamente al contagio.

La mujer ya casada, o la que tiene probabilidades de concebir en cualquier momento, no debe recibir la vacuna contra la rubéola, pues ésta también puede resultar peligrosa para el embrión o el feto. Para vacunarse, la mujer debe estar completamente segura de que no ha concebido, y observar un período de completa abstención sexual de por lo menos dos meses a partir de la fecha de la vacuna, o comprometerse a usar, durante ese tiempo, algún método anticonceptivo con posibilidades casi nulas de fallos durante su uso.

El herpe simple o herpe labial:

Muchas personas padecen alguna vez de este tipo de herpe, que se caracteriza por vejigas o inflamaciones que aparecen en los labios. Se estima que el mismo tipo de virus puede ser el causante de una infección vaginal. Aunque no se trata de un trastorno grave, existe la posibilidad de que la criatura resulte seriamente afectada si la infección se le presenta a la madre poco antes del parto. En casos tales, el ginecólogo que la atiende y el pediatra que examinará al niño cuando nazca deben estar alertas y preparados para tomar las medidas necesarias, en caso de que la criatura sea afectada.

El sarampión, la papera y la varicela:

Todas estas enfermedades infecciosas pueden presentarse en el embarazo, pero, en contraste con la rubéola, no se considera que las mismas provoquen anormalidades congénitas en la criatura, aunque sí hay cierta evidencia para suponer que el riesgo de aborto involuntario aumenta cuando dichas enfermedades atacan a la futura madre.

También se supone, aunque no hay conclusiones categóricas al respecto, que la papera en la mujer embarazada puede dar lugar a un extraño tipo de enfermedad del corazón en la criatura, llamada fibroelastosis del endocardio. De todos modos, el sarampión, la papera y la varicela raras veces se presentan durante la gestación.

EL EDEMA

A lo largo del embarazo, casi todas las mujeres, inclusive las que hacen una gestación más normal y libre de complicaciones, retienen en su organismo cierta cantidad de líquido. Esos líquidos retenidos, en parte, se incorporan al torrente sanguíneo, aumentando así el volumen de sangre, fenómeno éste que constituye una de las características del embarazo. No es de extrañar,

sobre todo cuando ya la gestación va acercándose a su término, que muchas mujeres noten una inflamación de los tobillos, especialmente hacia el final del día. Esta inflamación se nota aún más en los climas cálidos, o cuando la mujer ha permanecido mucho tiempo de pie, sin caminar.

Existe cierta relación entre esta retención de líquidos y una de las complicaciones del embarazo, llamada **toxemia.** Cuando ésta sobreviene, uno de los síntomas más evidentes es un rápido y exagerado aumento de peso. Este aumento suele presentarse seguido de inflamaciones en los pies, la cara y las manos. Si el médico logra controlar una mayor acumulación de líquidos, entonces no sobrevendrán los síntomas peores de la toxemia. Por el contrario, si continúa la retención de líquidos y de sal, entonces aumentará la presión arterial y la proteína comenzará a aparecer en la orina. Un cuadro clínico con tales características representa un serio peligro para la madre y para la criatura. Esta es una de las razones que explica por qué los ginecólogos le dan una importancia tan grande al control del peso de la mujer embarazada. Si la mujer aumenta más de cinco libras (aproximadamente 2½ kilogramos) en el curso de un mes, el médico empezará a sentirse preocupado.

Los diversos tejidos del organismo humano deben mantener un delicadísimo equilibrio con relación al mayor o menor grado de salinidad en la sangre. Cuando el cuerpo retiene sal, también necesita retener agua, precisamente para preservar ese equilibrio de que hablamos. Ello justifica por qué, en casi todos los casos, los ginecólogos recomiendan una sustancial reducción del consumo de sal. La mujer tampoco debe abusar de la ingestión de otras sustancias ricas en sodio (como, por ejemplo, el bicarbonato de sodio). Lo mismo puede decirse acerca de algunos medicamentos antiácidos.

Las mismas razones que acaban de explicarse subrayan la conveniencia de que la mujer embarazada ingiera bastante líquido, toda vez que, al eliminarse por los riñones, se estará eliminando también cierta cantidad de sal.

Si las manos se inflaman mucho y los anillos que habitualmente se usan comienzan a sentirse apretados en los dedos, ello suele ser una señal inequívoca de **edema**, término que emplean los médicos para referirse a la retención de líquidos en los tejidos del cuerpo. Una **ligera** inflamación de los tobillos, al final de un día muy caluroso, no debe ser motivo de mucha preocu-

pación. Semejante fenómeno cae dentro de la categoría de lo normal. Sin embargo, una inflamación bastante notable de las manos o de la cara sí justifica que la mujer se ponga en contacto con su médico para notificárselo. El profesional, especialmente en las fases finales de la gestación, podrá prescribir diversos medicamentos para contrarrestar esa retención de líquidos en el organismo.

LOS TUMORES FIBROIDES

Consisten estos tumores en desarrollos o crecimientos carnosos en las paredes del útero. No son nada frecuentes durante el embarazo de las mujeres jóvenes de raza blanca. Sin embargo, son un poco más comunes en las mujeres de la raza negra y, en general, cuando la gestación se presenta en la edad madura, especialmente de los 38 ó 39 años en adelante.

En su inmensa mayoría, tales tumores son benignos. Muchas mujeres completan su embarazo y pasan por el parto sin la menor complicación, a pesar de la existencia del tumor fibroide. En casos excepcionales pueden surgir dificultades, y ello constituye una razón más para justificar la importancia de la asistencia médica a todo lo largo de la gestación.

En ciertos casos, uno de estos tumores podría llegar a obstaculizar el proceso normal del parto natural. En tales casos, la operación cesárea pudiera ser la única alternativa.

El crecimiento de estos tumores en la mujer que espera suele atribuirse a la acción de ciertas hormonas que están presentes durante el embarazo. (Puede señalarse que un fenómeno similar se observa en **algunas** mujeres que emplean la píldora anticonceptiva como método de planificación familiar.)

Estos tumores, en algunos casos, llegan a agrandarse tanto que, por el limitado suministro de sangre con que cuentan, no pueden continuar sosteniéndose, y se inicia entonces un proceso de degeneración del tumor. Aunque el área afectada se sentirá bastante adolorida, los médicos estiman que es preferible, durante la gestación, no extirpar un tumor fibroide que está ya en proceso degenerativo. De todos modos, el dolor no se prolonga más allá de unos pocos días.

Aunque la mujer deba dar a luz mediante la operación cesárea, estos tumores no suelen ser extirpados al tiempo de la operación, ya que está comprobado que, en su inmensa mayoría, los mismos inician un progreso regresivo pocos días después del parto, espontáneamente, lo que hace innecesaria la intervención quirúrgica. Se señala que los tumores fibroides contribuyen al aborto espontáneo, pero sólo en un número reducido de casos.

LA DIABETES

La diabetes es un trastorno del metabolismo, que puede ser hereditario o no. Su causa es un desequilibrio entre el azúcar del organismo y la hormona llamada insulina. La insulina, elaborada por el páncreas, controla el procesamiento del azúcar. Cuando la cantidad de insulina en el organismo es insuficiente, o cuando el cuerpo no puede utilizar en forma adecuada la insulina de que dispone, se acumulan en la sangre cantidades excesivas de azúcar, que son eliminadas a través de los riñones. A los diabéticos se les administra insulina precisamente para eliminar ese exceso de azúcar en la sangre y hacer que pase al hígado, donde el azúcar se almacenará en reserva, para que el organismo pueda utilizarla en un futuro. Aparte de esto, la insulina también permite que los músculos utilicen el azúcar de manera normal.

Hace ya muchos años, antes de que los investigadores descubrieran la insulina, era muy difícil que el embarazo de una mujer diabética pudiera tener un feliz desenlace. Hoy en día, en cambio, es perfectamente normal que la mujer diabética tenga una gestación y un parto libres de indeseables complicaciones. El ginecólogo, desde luego, suele redoblar su cautela cuando la mujer ya ha sido diabética por espacio de muchos años, pero, aun en estos casos, todo puede tener un resultado feliz. En la actualidad, no es nada extraño que mujeres diabéticas desde su niñez conciban, gesten y den a luz sin mayores trastornos. Es esencial, por supuesto, la mayor cooperación por parte de la mujer, en cuanto a cumplir fiel y estrictamente las instrucciones que le imparta el profesional.

La cantidad de insulina que se necesita suele aumentar du-

rante la gestación, y a veces cambia de día en día. Si esa mayor necesidad de insulina no se satisface debidamente, puede sobrevenir la acidosis. Esta constituye una grave complicación, tanto para la madre como para la criatura, y es imperativo tratar de evitar que se presente.

Es por eso que, en el caso de la mujer diabética, el médico insistirá en comprobar frecuentemente, a intervalos de una o dos semanas, los niveles de azúcar en la sangre y la orina. Además, el médico será mucho más exigente en todo lo que se refiere a la dieta habitual de su paciente.

La toxemia, que ya ha sido mencionada antes, es más común en los embarazos de la mujer diabética. Por consiguiente, la restricción en el consumo de sal es todavía más importante que en la gestación de la mujer no diabética.

LOS PROBLEMAS CARDIACOS

El tema del embarazo de la mujer que padece de algún trastorno cardíaco es tan extenso y tan polémico que, por sí solo, exigiría todo un tratado. En general, puede decirse que, si la mujer es menor de 35 años, si no ha tenido previamente fallos cardíacos, y si la enfermedad del corazón que padece solamente afecta a una de las válvulas, entonces el embarazo y el parto probablemente no resulten problemáticos.

Sin embargo, a pesar de lo que acabamos de decir en el párrafo anterior, se registran muchos casos de mujeres con **serios** trastornos cardíacos que soportan perfectamente bien el proceso de la gestación y del parto.

Los casos en que la mujer ya ha sido sometida a la cirugía del corazón requieren una evaluación muy especial. A algunas podrá decírseles que pueden tener hijos sin exponerse a mayores riesgos. Otras, en cambio, harán mejor en tratar de evitar la maternidad. Si la mujer necesita una operación del corazón, lo ideal es que se someta a ella antes o después del embarazo. Sin embargo, ha habido buen número de casos en que la operación del corazón se ha hecho, con buen éxito, durante los meses de espera.

Durante su vida intrauterina, la criatura goza de una increíble protección, que le proporciona el líquido amniótico dentro del cual se encuentra "suspendida" en la bolsa amniótica (comúnmente llamada "bolsa de aguas" o "fuente"). Hay casos de mujeres embarazadas que han sufrido fracturas en el área pelviana y, sin embargo, la criatura ha nacido felizmente.

LESIONES FISICAS

Resulta prácticamente imposible pasar nueve meses sin darse un golpe alguna vez, o sin tener una caída. Las lesiones físicas teóricamente pueden perturbar el curso normal del embarazo. No obstante, es sorprendentemente escaso el número de complicaciones derivadas de este tipo de accidentes, aun de accidentes graves. Por ejemplo, hay casos de accidentes automovilísticos en los que la mujer ha sufrido la fractura de las piernas e inclusive de huesos del área pelviana y, sin embargo, el embarazo ha continuado desarrollándose normalmente y ha terminado en un parto feliz.

La criatura, durante su vida intrauterina, goza de una increíble protección, que le proporciona el líquido amniótico en que se encuentra "suspendida".

Por lo general, solamente los golpes muy fuertes, recibidos directamente en el abdomen de la madre, podrán causar daño a la criatura.

Si se presenta alguna complicación después de una lesión física, casi siempre suele tratarse de la separación inmediata o casi inmediata de la placenta. En tales casos, suele haber sangramientos vaginales, dolores abdominales y posible ausencia de los movimientos fetales. Si después de la lesión transcurren dos o tres horas sin que tales síntomas se presenten, la mujer puede sentirse razonablemente segura de que el hijo que lleva en su seno no ha sufrido daño alguno. Desde luego, siempre es de elemental prudencia consultar con el médico cuando se ha sufrido alguna lesión externa, haya o no síntomas.

LOS PROBLEMAS DE LA OBESIDAD

Unos pocos kilos de sobrepeso por encima del peso ideal no constituyen, médicamente, un caso serio de obesidad. Aunque haya muchas personas gruesas, a quienes les vendría muy bien rebajar unos pocos kilos, los **verdaderos** casos de obesidad constituyen minoría.

Por fortuna, las mujeres obesas pueden ser sometidas, sin peligro, a dietas rígidas durante el embarazo. Es esencial, sin embargo, que tales regímenes drásticos sean prescritos por el médico. No es la propia mujer la que está llamada a prescribirse a sí misma el tipo de dieta que debe observar para reducir.

Está comprobado que, en la casi totalidad de los casos, si la mujer obesa sigue fielmente las instrucciones del médico, logrará tener un embarazo y un parto enteramente normales, y su hijo nacerá sano, y con un tamaño y un peso también normales. Desde luego, muchísimo mejor es no tener problemas de sobrepeso cuando el embarazo se inicia. Por eso, la mujer que aspire a tener hijos, si está un poco gruesa, aunque no llegue a la obesidad, hará bien en tratar de reducir un poco, para acercarse lo más posible a su peso ideal.

Además de lo que acabamos de señalar, debe tener en cuenta que otra complicación de la obesidad es que el exceso de peso contribuye mucho a dificultar el diagnóstico del emba-

razo. El médico tropezará con mayores dificultades para palpar el útero. En la mujer obesa, además, se hace más difícil calcular acertadamente la fecha probable del parto y, si hay un embarazo de gemelos, el obstetra también tendrá mayores problemas para darse cuenta de la situación.

PLACENTA PREVIA

En los casos de placenta previa, lo que ocurre es que la placenta se encuentra implantada muy cerca del cuello del útero. Afortunadamente, ésta no es una complicación muy común. Se estima que solamente se presenta en un 1% de los casos. Como cosa curiosa, puede señalarse que es más común en las mujeres que ya han tenido varios hijos.

A medida que va acercándose la fecha del parto, el cuello del útero va paulatinamente adelgazándose y dilatándose, como en preparación para el alumbramiento. Si la placenta se halla muy cerca del cuello del útero, es posible que se presente alguna perturbación. Puede haber, por ejemplo, algún sangramiento, más o menos copioso, lo que dependerá del grado en que la placenta se haya desprendido o separado de las paredes uterinas. Ese sangramiento suele ser indoloro e intermitente. En ocasiones, pasan días e inclusive semanas antes de que el sangramiento vuelva a producirse después de la primera vez que se notó. Por lo general, cada vez se presentará con un poco más de abundancia. Si la mujer no le da importancia a esto y no se lo notifica oportunamente a su médico, estará exponiéndose a que se le presente una hemorragia verdaderamente grave.

En muchos casos de placenta previa, se hace imperativo proceder de inmediato a la operación cesárea. Por lo general, el feto ya ha madurado lo suficiente para adaptarse sin peligro al mundo exterior.

El obstetra querrá distinguir siempre, si se trata de un verdadero caso de placenta previa, es decir, la que se encuentra implantada muy cerca del cuello del útero, o si se trata de un caso de separación prematura de una placenta normalmente localizada en el útero. En los casos de placenta previa, casi siempre hará falta recurrir a la cesárea.

SEPARACION PREMATURA DE LA PLACENTA NORMALMENTE LOCALIZADA

Como acabamos de señalar, hay que distinguir entre los casos de placenta previa y aquéllos en los que, estando la placenta normalmente implantada, se desprende prematuramente, es decir, antes del nacimiento de la criatura. La separación o desprendimiento puede ser total o parcial, y generalmente se presenta en una forma súbita o abrupta. El fenómeno produce sangramiento vaginal. Se calcula que esta separación de la placenta ocurre en uno de cada 125 casos aproximadamente.

Por suerte, la inmensa mayoría de las veces, el desprendimiento de la placenta no es total, y las perspectivas, por consiguiente, son buenas, tanto para la madre como para la criatura.

Cuando la placenta llega a desprenderse o separarse en más de una tercera parte o una mitad, entonces la criatura sí corre un grave peligro, ya que se puede ver privada del oxígeno que le resulta vital y que la placenta le proporciona. La madre también puede verse en peligro, por el riesgo de que sobrevenga una hemorragia profusa.

La situación es aún peor si el fibrinógeno está ausente de la sangre. Este es un elemento que interviene en el proceso de la coagulación. En tales casos, el fibrinógeno puede serle administrado a la mujer, para prevenir las hemorragias. Gracias a las avanzadas técnicas ginecológicas de hoy, aunque estos casos siguen siendo graves, no lo son tanto como en el pasado.

La separación prematura de la placenta también puede provocar, aunque no en todos los casos, dolores abdominales o en la espalda. Tales dolores son similares a los del parto, porque se originan en el útero. En los casos en que solamente hay un pequeño desprendimiento, el dolor de espalda es bastante vago e indefinido, similar a los que algunas mujeres experimentan cuando tienen la menstruación. Se estima, aunque las conclusiones al respecto no son definitivas, que las deficiencias de

ácido fólico durante el embarazo pueden influir en estos casos de separación prematura de la placenta.

Estas situaciones, desde luego, exigen la inmediata hospitalización de la mujer. El médico inmediatamente ordenará que se practiquen conteos sanguíneos y, como ya explicamos antes, tratará de determinar si se trata de un caso de placenta previa o de separación prematura de una placenta normalmente implantada. Cuando se determina que no se trata de placenta previa, casi nunca hay que recurrir a la cesárea, y es posible inducir o provocar el parto vaginal normal.

LA TOXEMIA

La toxemia, uno de los trastornos más graves del embarazo, se caracteriza por la alta presión arterial, la presencia de proteína en la orina y una retención generalizada de líquidos. Estos mismos síntomas, con ligeras variantes, pueden presentarse en una mujer no embarazada, a consecuencia de ciertas enfermedades renales, pero, a pesar de la coincidencia de síntomas, la situación no es idéntica. La toxemia es una complicación que solamente sobreviene en el embarazo, no fuera de éste.

Si la toxemia no se atiende de inmediato, la situación puede agravarse, a medida que la gestación continúa progresando. Cuando la toxemia se complica y sobrevienen convulsiones, entonces suele hablarse de un ataque de eclampsia, a la que nos referiremos posteriormente.

Uno de los mayores avances de la moderna ginecología consiste precisamente en la mayor facilidad que existe hoy para identificar los casos de toxemia en su fase inicial, cuando son grandes las probabilidades de enfrentarse con completo éxito a la situación.

Sin embargo, a pesar de muchas décadas de investigación, las causas de la toxemia no han podido ser identificadas con una absoluta y total certidumbre. Se supone que una determinada toxina, causante de los síntomas, es elaborada por el organismo de la mujer, pero nunca ha sido posible aislarla.

También se sabe que existe cierta relación entre la dieta habitual y la toxemia. Esta tiende a manifestarse con mayor fre-

cuencia en mujeres que siguen un régimen alimenticio bajo en proteínas y rico en sal. Algunos investigadores han comentado que la toxemia es un trastorno de la mujer pobre, pues generalmente las clases sociales, económicamente débiles son las que tienen una alimentación deficiente en proteínas. Pero, aunque esto es parcialmente cierto, la toxemia puede presentarse en cualquier embarazo.

Los investigadores han observado, en las hembras de algunas especies zoológicas, síntomas bastantes similares a los de la toxemia, pero casi todos coinciden en estimar que en los animales no se produce la verdadera toxemia, ni ésta puede ser provocada por métodos artificiales.

La toxemia sobreviene casi exclusivamente en los últimos meses de la gestación. También se sabe que es más común en las primerizas, sobre todo si son muy jóvenes. Es más frecuente en los embarazos extramatrimoniales, por la sencilla razón de que, estadísticamente, las madres solteras suelen ser muy jóvenes, y casi siempre demoran bastante tiempo en solicitar la competente asistencia médica.

La distensión exagerada del útero también predispone a la toxemia, como sucede en algunos casos de embarazo gemelar o múltiple, por lo que el médico que atiende el caso suele redoblar su vigilancia, de modo especial en los tres meses finales de la gestación.

Otros factores que predisponen a la toxemia son los trastornos renales y las enfermedades vasculares ya existentes desde antes de la concepción. Se calcula que el riesgo es mayor para las mujeres hipertensas o las que padecen de nefritis crónica. Lo mismo puede decirse de la mujer diabética.

En algunos casos, por fortuna excepcionales, la toxemia no se presenta hasta unas pocas horas antes del parto, o inclusive varios días después de nacida la criatura y expulsada la placenta.

Hoy en día, por suerte, los ginecólogos han logrado precisar cuáles son las medidas preventivas que más contribuyen a evitar la toxemia. La restricción del consumo de sal parece ser la más importante de esas medidas. La restricción de sal no sólo evita la toxemia, sino que hasta logra eliminarla cuando ya se ha manifestado.

El primer síntoma de una posible toxemia suele ser un aumento inmoderado de peso durante la gestación, sobre todo si no hay otras razones lógicas que lo expliquen (por ejemplo, si la mujer no ha estado abusando de las calorías). Ese aumento

de peso suele ser consecuencia directa de una exagerada retención de líquidos, y es anterior, en varias semanas, a la aparición de inflamaciones visibles.

Cuando las inflamaciones aparecen, suelen notarse primero en los pies y en los tobillos, especialmente cuando la mujer está en pie o caminando. Después, se advierten en las manos y en la cara, sobre todo cuando la mujer despierta en la mañana.

Además de la restricción de sal, el reposo en cama es una de las medidas más eficaces en la prevención de la toxemia. Tan efectivo es este descanso, que a muchas mujeres les basta con un solo día de reposo para rebajar hasta varias libras de peso superfluo provocado por la retención de líquidos. Y la razón de esto es bien simple: el líquido excesivo, acumulado en las extremidades, vuelve de nuevo a circular, y los riñones tienen entonces mayor facilidad para excretarlo.

En los casos en que la restricción de sal y el descanso en cama no basten para mejorar sustancialmente la situación, es muy probable que el médico se resuelva a prescribir algún **diurético.** Sin embargo, no es nada aconsejable que la mujer, por su propia cuenta, tome la decisión de recurrir a tales medicamentos. Hay que insistir en que éstos solamente deben ser usados si el profesional los ordena.

Una de las razones por las cuales hay que tener tanta precaución con los diuréticos, durante el embarazo, es que, una vez que se empiezan a tomar, si luego se interrumpen, es muy grande el riesgo de que vuelva a sobrevenir inmediatamente la retención de líquidos, y la mujer, con increíble rapidez, vuelva a aumentar varias libras.

Muchas mujeres creen, cuando sus médicos les hablan de los peligros ofrecidos por la retención de líquidos, que lo mejor que pueden hacer es tratar de reducir a un mínimo la ingestión de agua y otras bebidas. Tal cosa constituye un gravísimo error. El organismo de la mujer embarazada requiere un gran volumen de líquidos para funcionar adecuadamente. Si la mujer toma muy pocos líquidos y, a la vez, ha suprimido o restringido mucho la sal, se está exponiendo a una indeseable pérdida de sodio.

No es de extrañar que, en los casos menos graves de toxemia, el ginecólogo decida inducir o provocar el parto durante las últimas dos o tres semanas de la gestación, cuando ya la criatura tiene suficiente madurez en su desarrollo para sobrevivir sin problemas fuera del útero materno. La razón por la cual se anticipa el parto, en tales casos, es que el médico nunca

puede estar seguro de si un caso de toxemia, que todavía no es crítico, llegará a agravarse en un plazo de pocos días más. Por tanto, no debe correrse el riesgo de esperar, cuando se calcula que ya el feto tiene excelentes probabilidades de sobrevivir.

Cuando la toxemia se agrava, la paciente deberá ser hospitalizada. En algunos casos, la mujer trata de posponer su hospitalización, y si no se siente muy mal, al médico suele costarle bastante trabajo convencerla de que la situación es delicada y justifica el ingreso en el hospital o clínica. Pero otras mujeres, en cambio, se sienten bastante mal y aceptan de buen grado la decisión profesional. Puede ser que estén experimentando dolores de cabeza y molestias en la vista, así como cierto grado de torpor mental.

Un síntoma sumamente serio suele ser un dolor penetrante en la parte superior del abdomen. Este síntoma muchas veces es anterior al inicio de las convulsiones.

En los casos graves de toxemia, se emplean los mismos tratamientos ya indicados cuando hablamos de los casos menos críticos. Además, el médico prescribirá sedantes y otras drogas, con el propósito de disminuir la hipertensión arterial.

En los casos extremos, es posible que el médico estime necesario provocar el parto de todas maneras, aunque se piense que el feto no tiene aún la suficiente madurez. Ello se debe al hecho de que, aunque los peores síntomas de la toxemia ya hayan sido controlados, el trastorno puede seguir progresando. Además, muchos médicos temen que un estado grave de toxemia, si se prolonga más de la cuenta, pueda lesionar permanentemente el sistema vascular de la mujer. En casos tales, el argumento de que debe esperarse un poco más, para darle al feto la oportunidad de que prosiga su crecimiento y desarrollo normales, no tiene mucha validez, ya que se sabe que, cuando la toxemia es grave, la criatura casi no crece más. Además, son mayores los riesgos de muerte intrauterina. En resumen, el bebé prematuro de una mujer con toxemia grave, pero sana por lo demás, tiene mayores probabilidades de sobrevivir en la incubadora que si se le deja en el útero materno, con la falsa esperanza de que continúe madurando.

Para muchas mujeres, en estos casos, el parto inducido es lo mejor. Sin embargo, si aún faltan varias semanas para el término normal del embarazo, entonces es muy posible que la única alternativa sea la operación cesárea.

A la mujer que ya ha pasado por la experiencia de una to-

xemia, lógicamente le preocupa lo que pueda suceder en futuros embarazos. Se sabe, no obstante, que mientras más grave haya sido la toxemia, menores son las probabilidades de que se repita en nuevos embarazos.

No debemos terminar esta sección sin señalar que, hoy en día, algunas de las ideas sobre la toxemia, señaladas en los párrafos precedentes, **están siendo sometidas a seria revisión.** Por ejemplo, el doctor Howard Jacobson, ex presidente de la Comisión sobre Nutrición de la Mujer Embarazada, de la Academia Nacional de Ciencias de los EE.UU., no cree que el desarrollo de la toxemia esté directamente vinculado con el exceso de peso. Esta opinión, hoy en día, está siendo compartida por muchos ginecólogos. Se aclara, sin embargo, que el hecho de que un médico autorice a su paciente a aumentar hasta 24 libras (aprox. 11 kg) de peso durante la gestación, no debe interpretarse por la mujer como una especie de "licencia absoluta" para comer cuanto se le antoje en una forma totalmente arbitraria y exagerada. No importa el límite que el médico señale en cuanto al aumento, es esencial que la dieta de la embarazada sea rica en proteínas, calcio, hierro y ácido fólico. Estas pautas no deben ser ignoradas por la futura madre.

A la mujer le ayudará mucho a vigilar su peso el hecho de tener en casa una balanza exacta, para así pesarse con relativa frecuencia, y no esperar para hacerlo solamente cuando va a la consulta de su ginecólogo. Esta sencilla recomendación es aún más importante para la mujer que, conociéndose a sí misma, sabe que tiende a abusar de la comida.

LA ECLAMPSIA

Como ya explicamos anteriormente, la eclampsia es una complicación o consecuencia de la toxemia. Se trata de un desorden de tipo convulsivo. En ocasiones, esas convulsiones pueden producir un estado de inconsciencia en la mujer. Los dolores de cabeza y los trastornos de la visión suelen ser los primeros síntomas. También se produce una marcada elevación de la presión arterial, y puede haber aumento de albúmina en la sangre. Como ya se aclaró al hablar de la toxemia, el médico, en presencia de tales síntomas, ordenará la inmediata hospita-

lización de la mujer. También prescribirá, si es que no lo ha hecho antes, una restricción en el consumo de sal, así como una dieta a base de alimentos blandos. En los casos de la eclampsia, la función de los riñones resulta alterada, por lo que casi siempre receta algún diurético. Las drogas anticonvulsivas también suelen ser parte del tratamiento.

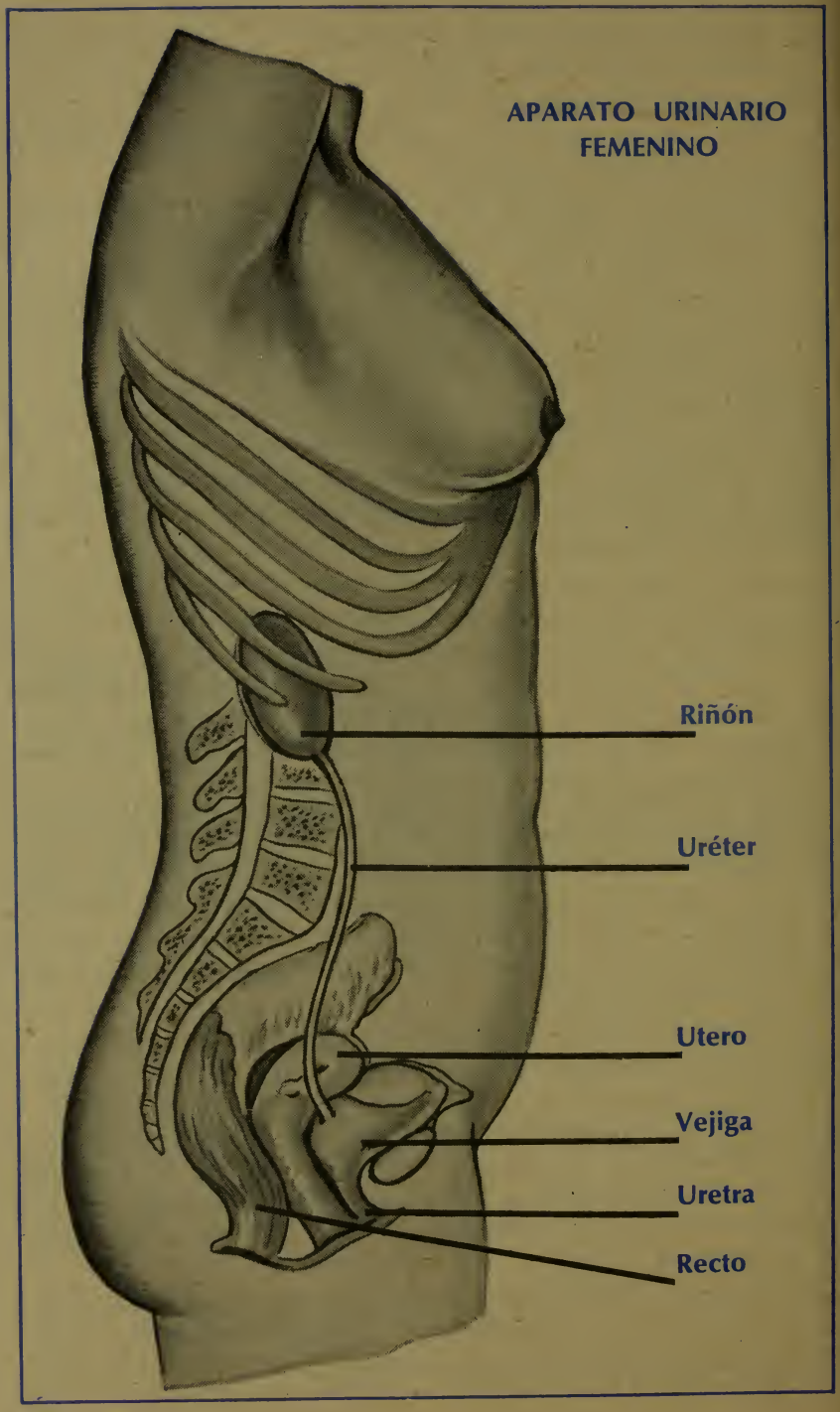
El cuidado prenatal disminuye notablemente las probabilidades de que sobrevengan estos ataques de eclampsia. Si el médico comprueba a menudo la presión arterial de la futura madre, si ordena frecuentes análisis de orina, y si le explica a la mujer la importancia que tiene el control de su peso, se reduce mucho las probabilidades de que un estado toxémico degenere en un peligroso ataque de eclampsia. De todos modos, el ginecólogo siempre se mantendrá en guardia, dispuesto a aplicar las medidas de urgencia que sean necesarias, incluyendo el uso de oxígeno, la provocación o inducción del parto, y la operación cesárea en casos extremos.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Como es sabido, las infecciones del tracto urinario son mucho más comunes en la mujer que en el hombre. Las bacterias llegan fácilmente hasta la vejiga a través de la uretra, canal por el cual es excretada la orina, y que en la anatomía de la mujer es mucho más corto que en la del hombre. Una vez que se ha localizado en la vejiga, la infección fácilmente puede extenderse al tracto urinario superior.

Las mujeres embarazadas son muy propensas a estas infecciones, ya que el aumento de tamaño del útero a menudo impide el libre flujo de la orina, desde los riñones hacia la vejiga. Un gran volumen de orina, diariamente excretada, suele ser lo mejor para prevenir tales infecciones, y ésta es otra de las razones por las cuales la mujer no debe restringir su consumo de líquidos. Al contrario, conviene que éste sea abundante para así estimular la orina.

Toda mujer debe atenderse con el médico las infecciones en su aparato urinario, pero más aún la mujer embarazada. Muchos investigadores opinan que algunos casos de enfermedades


APARATO URINARIO
FEMENINO
Riñón
Uréter
Utero
Vejiga
Uretra
Recto

renales y de hipertensión arterial, en la edad madura, pueden tener su origen remoto en infecciones urinarias que no fueron debidamente atendidas durante la gestación.

Estas infecciones suelen causar dolor y una sensación de ardor al orinar. Además, la mujer comienza a orinar más frecuentemente de lo normal, sobre todo durante la noche. En los casos peores, la orina puede verse un poco sanguinolenta, y pueden sobrevenir dolores de espalda, fiebres o enfriamientos.

Si el médico comprueba que existe una infección, podrá tratarla con buen éxito, en la inmensa mayoría de los casos, con medicamentos sumamente eficaces. Generalmente, ahora, se logra una sustancial reducción de los síntomas en un término de sólo 48 horas. Sin embargo, a veces ocurre que el organismo de la mujer no responde favorablemente al medicamento prescrito y, en esos casos, el médico deberá ensayar otro. El primer paso suele ser obtener una muestra de la orina y aislar a la bacteria causante del problema. La muestra puede ser sometida, en el laboratorio, a la acción de diversos antibióticos, hasta que se encuentre el que resulte más efectivo.

Si existen cálculos renales, o si hay una obstrucción parcial de los conductos urinarios, es muy posible que el ginecólogo decida consultar el caso con un urólogo. Por lo general, la cirugía, para corregir estas anomalías, no es imperativa durante la gestación. En la mayor parte de los casos, se puede esperar sin mayores inconvenientes. Sin embargo, hay casos extremos en que algún tipo de cirugía suele ser necesaria.

Hoy en día, los médicos están prestando una especial atención a las infecciones urinarias asintomáticas durante los meses de espera, es decir a las infecciones "silenciosas" que se presentan sin estar acompañadas de síntomas notables. Aparte de que siempre es necesario tratarlas, se teme que dichas infecciones puedan predisponer a un parto prematuro.

INFECCIONES VAGINALES

Estas infecciones suelen presentarse acompañadas de secreciones, picazón e irritación. Puede decirse que los microorganismos causantes de estos problemas, siempre permanecen en el organismo de la mujer, pero la acción de los ácidos vagina-

les se encarga de mantenerlos bajo control. Sin embargo, si hay cambios en el medio ambiente físico de la vagina, es muy posible que esos microorganismos se desarrollen y se multipliquen, dando lugar a infecciones que a menudo son recurrentes.

El tipo de infección vaginal más común durante el embarazo es el que causa un organismo similar a un hongo, conocido como **monilia.** En estos casos, suele haber una secreción blanca y espesa, que es expulsada en forma de pequeñas aglutinaciones. La irritación externa suele ser mayor que la producida por otros tipos de infecciones. No es raro que la vulva se inflame y se enrojezca. Si la mujer mantiene relaciones íntimas, hay casos en los que el marido también experimentará alguna irritación en sus órganos sexuales. Además, en algunas mujeres, estas infecciones también ocasionan dolor y ardor al orinar.

Otro tipo común de infección vaginal es la causada por los microorganismos llamados **tricomonas.** En estos casos, las secreciones suelen ser amarillentas y productoras de mal olor. La picazón se siente más bien internamente y no tanto en los genitales externos.

Las infecciones vaginales no constituyen un trastorno grave, ni siquiera durante la gestación. Muchas mujeres, inclusive aquéllas más cuidadosas de su higiene máxima, las padecen alguna vez en la vida. Sin embargo, aunque no sean graves, sí suelen ser extremadamente molestas e irritantes, y siempre conviene que el médico las atienda. (Esta es una recomendación que se aplica no solamente a la mujer casada, o a la que ya está esperando el nacimiento de un hijo, sino también a las solteras, que no deben, por un sentido erróneo o exagerado del pudor, evadir ni posponer la consulta al médico cuando experimentan los síntomas, descritos antes, que suelen ser índice de la presencia de alguna infección vaginal o vulvar.)

NAUSEAS, CALAMBRES, INSOMNIO Y OTRAS MOLESTIAS MENORES

Las náuseas que suele experimentar la mujer embarazada durante los primeros meses de la gestación generalmente carecen de toda importancia, y pueden considerarse como una consecuencia normal de su estado. Por muy molestas e inoportunas

que esas náuseas resulten, no hay que temer que afecten a la salud de la madre ni de la criatura.

Sin embargo, si esas náuseas llegan a ser muy intensas y prolongadas, entonces sí pueden constituir una complicación que requiera la atención médica, ya que los vómitos que pueden sobrevenir son capaces de privar al organismo de líquidos necesarios, así como de otras sustancias químicas.

En una situación de náuseas y vómitos casi constantes, los procesos fisiológicos normales del organismo pueden verse seriamente alterados. Antiguamente, la ciencia médica tenía relativamente pocos recursos frente a estos cuadros clínicos. Hoy, por fortuna, el ginecólogo es capaz de controlar la situación en la inmensa mayoría de los casos.

Puede decirse, en general, que mientras la mujer mantenga un peso aproximadamente normal, el peligro de deshidratación no suele ser de carácter grave. Ahora bien, si la mujer pierde 10 libras (5 Kg) o más, el médico generalmente opta por la hospitalización inmediata. En muchos casos, los medicamentos sedantes producen magníficos resultados para controlar las náuseas y los vómitos. Además, la medicina dispone hoy de efectivas drogas antivomitivas a las que el ginecólogo puede recurrir en caso necesario.

Los calambres en las piernas no deben alarmar mayormente a la embarazada. Casi todas las mujeres grávidas los experimentan. Estos calambres generalmente se presentan en los músculos de la pantorrilla, casi siempre de noche, y no es extraño que provoquen dolores que se prolonguen por espacio de uno o dos días.

Si estos calambres solamente sobrevienen muy de tarde en tarde, no ocasionan mayores problemas. Ahora bien, si se presentan bastante a menudo, pueden resultar sumamente molestos.

No se ha esclarecido la causa de estos calambres. Muchos investigadores piensan que pueden deberse a deficiencias en el metabolismo del mineral de calcio. Se ha comprobado, por ejemplo, que muchas mujeres aficionadas a beber grandes cantidades de leche, experimentan una disminución de estos calambres cuando reducen su ingestión habitual de leche.

La tiamina (una de las vitaminas del complejo B) ingerida en dosis bastante elevadas, suele ser uno de los remedios más efectivos contra los calambres en las piernas, aunque los médicos no saben por qué.

También, en algunos casos, los antihistamínicos y los anti-

ácidos pueden proporcionar alivio a la embarazada que se queja de calambres en las piernas, pero es necesario que tales medicamentos sean autorizados por el profesional. La mujer no debe recurrir a ellos por su cuenta y riesgo.

Estos calambres casi siempre sobrevienen cuando la mujer se encuentra acostada, especialmente si estira las piernas en la cama. En tales casos, lo mejor es levantarse o flexionar las piernas. En casi todos los casos, sólo con hacer esto los calambres desaparecen o se alivian.

A medida que avanza la gestación, muchas mujeres se quejan de insomnio. A veces, las razones son puramente físicas. Sobre todo hacia el final del embarazo, es común que el útero se haya agrandado tanto, que la mujer no encuentre ninguna postura suficientemente cómoda para dormir. Además, como el útero agrandado ejerce bastante presión sobre la vejiga, es muy probable que la mujer tenga necesidad de levantarse varias veces durante la noche para ir al baño.

Sin embargo, a pesar de lo que acabamos de explicar en el párrafo anterior, también es posible que los factores emocionales o sicológicos influyan sobre este problema, como ya se explicó al tratar de las depresiones durante el embarazo.

Aunque es cierto que la mujer embarazada puede necesitar descanso adicional, no hay ninguna regla médica que diga que necesita dormir más de lo que dormía antes de iniciarse la gestación. Aunque no es muy común, existen casos de mujeres embarazadas que se satisfacen plenamente con sólo 5 ó 6 horas de sueño nocturno, especialmente si tienen facilidades para dormir una siesta, aunque sea corta, durante el día.

La picazón en la piel es otra de las molestias comunes durante el embarazo. Suele sentirse más durante la noche, de modo especial en los climas cálidos. A veces, se generaliza a todo el cuerpo, pero suele ser más intensa y mortificante en el abdomen.

Si la picazón llega a ser tan molesta y frecuente que impida conciliar el sueño, la mujer hará bien en dejárselo saber a su ginecólogo. Es posible que éste prescriba algún sedante de ingredientes farmacológicos que no sean demasiado activos. La picazón en el abdomen, por lo general, suele ser más frecuente en los meses finales de la gestación.

En la actualidad, casi todas las mujeres dan a luz en un hospital o clínica. Son muy pocas las que tienen el alumbramiento en su propia casa. A medida que va acercándose la fecha pro-

bable del parto, conviene ir pensando en algunos preparativos elementales de índole práctica. Así, es conveniente que la mujer tenga preparada de antemano una maleta o bolsa con todos los enseres que pudieran hacerle falta durante su estancia en el hospital. Una bata de casa, un par de zapatillas cómodas y dos camisas de dormir, por lo menos, son indispensables. La mujer también debe llevar consigo sus enseres de aseo personal, y los cosméticos que estime va a necesitar. Debe evitarse el cargar con cosas superfluas, pero es importante no olvidar lo que puede contribuir al bienestar y la comodidad de la mujer.

El médico le habrá dado instrucciones a su paciente de la forma en que debe proceder cuando comienzan a manifestarse los primeros síntomas que señalan la proximidad del parto. Si el médico es un especialista en ginecología, probablemente hará los arreglos necesarios para que el pediatra (especialista en niños) atienda a la criatura inmediatamente después del nacimiento. Si se trata de un profesional dedicado a la medicina general, entonces lo más probable es que él mismo se ocupe de la atención médica del bebé durante los primeros días. Ya sea en una forma o en otra, es importante que la criatura recién nacida se someta a un examen médico, y sobre esto hablaremos más adelante en este libro.

Hoy en día, muchas madres optan por escoger al pediatra que atenderá al niño, antes de que éste haya nacido. Más aún: tendrán una o varias entrevistas con el pediatra antes de que la criatura nazca, para familiarizarse de antemano con los principales aspectos del cuidado del bebé durante sus primeros días de vida extrauterina. Esto, lejos de constituir una exageración, resulta sumamente atinado y conveniente en la práctica. Cuando ya la mujer tiene otros hijos, la selección de pediatra para el recién nacido no suele constituir problema, pues lo más probable es que desee que el especialista que se encarga o se ha encargado de la atención médica de los demás, ahora también se ocupe del nuevo bebé.

Si la mujer vive en una ciudad muy pequeña, donde no haya especialista en Pediatría, siempre le será fácil encontrar a un profesional que, aunque dedicado a la Medicina General, tenga amplia experiencia en la atención de niños.

V - EL PARTO

Hoy en día es muy posible que cuando se está acercando la fecha probable del parto, el obstetra le plantee a la mujer la posibilidad de provocar el alumbramiento artificialmente. Esto se lleva a cabo mediante una ruptura deliberada de las membranas, lo que estimula el proceso del parto con una cierta anticipación a lo que tenía fijado la naturaleza.

En la actualidad, el parto inducido ha llegado a ser una práctica relativamente común. Sin embargo, no todos los casos son iguales.

Hay ocasiones, que son las menos, en las que el parto inducido es aconsejable por razones médicas. Podemos mencionar, por ejemplo, los casos de alta presión arterial en la mujer; aquéllos en que la mujer se ha atrasado mucho con relación a la fecha probable que se había calculado; las situaciones en que el factor Rh (de lo cual se hablará más adelante) constituye un problema; etc. En casos así, nadie discute la necesidad o conveniencia de provocar artificialmente el parto, por el bien de la madre y de la criatura.

Pero hoy en día, el parto inducido está aplicándose por motivos de mera conveniencia para la madre o para el obstetra, sin que exista una verdadera razón médica que lo justifique.

Se arguye que, cuando sólo faltan unos pocos días para la fecha probable del parto natural, no es riesgoso, ni para la madre ni para el niño, provocar el parto mediante métodos artificiales. Sin embargo, no todos los obstetras comparten este criterio. Se señala, por ejemplo, que algunas criaturas necesitan de estos últimos días de vida intrauterina para estar mejor "equipados" al enfrentarse a la vida en el medio ambiente exterior. Si se anticipa artificialmente el momento del alumbramiento, es posible que se le esté haciendo, en circunstancias normales, muy poco favor a la criatura, que tal vez todavía no esté lista de un todo para la vida extrauterina.

También se apunta que, cuando las membranas se rompen en forma artificial, existe el peligro de que el cordón umbilical se deslice hacia abajo, situándose en posición tal que resulta "exprimido", lo que puede entorpecer la circulación sanguínea de la criatura. Cuando esto ocurre, muchas veces es necesario recurrir a la cesárea para salvar la vida del niño, cesárea que tal vez no hubiera sido necesaria si no se hubiera provocado el parto.

No obstante, también hay argumentos a favor del parto inducido. Se dice, entre otras cosas, que el obstetra y su paciente pueden estar mejor preparados para una fecha dada, lo que evita los posibles apuros y sorpresas de última hora. También es posible preparar mejor a la mujer para que reciba la anestesia, si es que ésta va a usarse en el parto.

Para que el parto inducido no cree indeseables complicaciones, es necesario que se encuentre ya muy próxima la fecha estimada del parto natural. Si la mujer tiene un historial de menstruaciones bastante regulares, a intervalos fijos o muy poco variables, esto constituye una ventaja, pues es más fácil para el médico poder calcular, con bastante exactitud, la fecha probable del alumbramiento. Este cálculo se hace más difícil en las mujeres que, antes de la concepción, han tenido ciclos menstruales muy irregulares, ya que las probabilidades de un error de cálculo son muchísimos mayores. En estos casos, el obstetra podría arriesgarse a inducir el parto cuando el feto aún no tiene un suficiente grado de madurez. Por consiguiente, casi todos los médicos rechazan la idea del parto inducido en pacientes cuyos ciclos menstruales han sido muy irregulares o variables.

El parto provocado tampoco se recomienda en los casos de estrechez pelviana. Además, muchos ginecólogos no lo reco-

miendan en las primerizas, ya que éstas casi siempre tienen un proceso más bien lento, que suele dar tiempo para tomar las medidas de última hora que sean necesarias. En cambio, para los segundos y posteriores partos, cuando el alumbramiento puede presentarse con una sorprendente rapidez, muchos especialistas sí son partidarios de inducir el parto, para evitar carreras de último momento.

Un importante factor sicológico es que la mujer, voluntaria y libremente, acceda a la provocación artificial del parto. Si la mujer prefiere esperar el curso natural de los acontecimientos, su médico no debe presionarla para hacerle cambiar de opinión, a menos que existan razones que verdaderamente lo justifiquen.

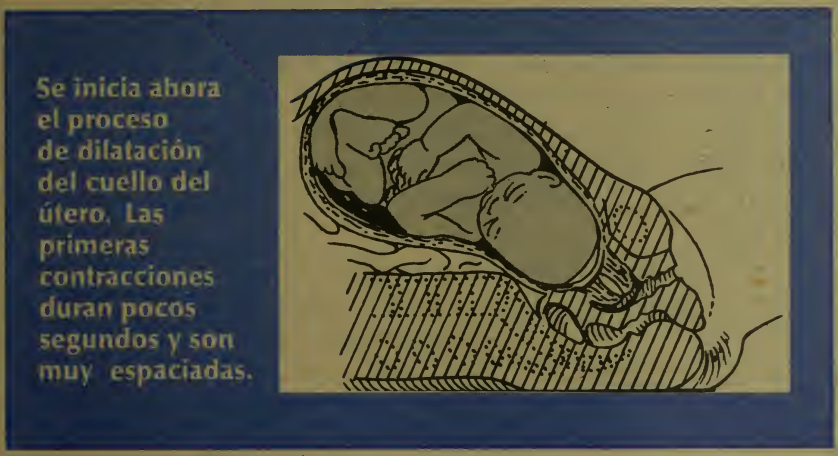
Aplicando un criterio más bien conservador, se estima que el ginecólogo debe inducir o provocar el parto en menos de un 50 por ciento de sus pacientes. Si el ginecólogo tiende a aplicar este procedimiento en más de la mitad de los casos que atiende, entonces es muy probable que esté abusando del procedimiento, recurriendo al mismo un poco a la ligera. Una eminente profesora británica, la doctora Anne Anderson, de la prestigiosa Universidad de Oxford, se declara contraria al parto inducido cuando una razón médica no lo justifica.

La ruptura artificial de las membranas, o bolsa de aguas, es un procedimiento sencillo que sólo toma un minuto y no es doloroso. En la inmensa mayoría de los casos, si la mujer ya está muy cercana a la fecha del parto natural, lo más probable es que el proceso comience a las pocas horas de rota la bolsa. Para acortar ese intervalo y precipitar el inicio del parto, el ginecólogo puede administrar, si lo estima necesario o conveniente, una droga llamada pitocina. Esta es una hormona elaborada por la parte posterior de la glándula hipófisis. En cantidades minúsculas, esta hormona estimula las contracciones del útero. La pitocina puede ser administrada inclusive antes de la ruptura de las membranas, pero entonces no resulta tan eficaz para dilatar el cuello del útero.

Una vez que el parto inducido ha comenzado, no se diferencia en nada del parto natural, salvo que puede ser un poco más rápido, sobre todo en las mujeres de pelvis amplia y en aquéllas en las que el cuello del útero ya estaba suavizado y parcialmente dilatado. Pero debe señalarse que estas mujeres suelen tener un parto muy rápido, aunque no se les provoque artificialmente.

PRIMERA FASE DEL PARTO

Cuando el parto comienza, las primeras contracciones se experimentan a intervalos bastante espaciados, que generalmente se prolongan de 15 a 30 minutos. Estas primeras contracciones son similares a los calambres menstruales, que muchas mujeres conocen por haberlos experimentado. Las molestias se sienten en el abdomen o en la espalda, pero siempre hacia la zona central, nunca hacia los lados. Estas primeras contracciones no suelen durar más de 15 ó 20 segundos y, mientras duran, el abdomen se siente firme y tenso. Por lo general, no son contracciones súbitas, sino que van ganado gradualmente en intensidad.



Las "falsas alarmas" son relativamente frecuentes. Y está comprobado que se presentan mayormente de noche. Por eso, suele recomendarse que, si la mujer se despierta en la madrugada con los primeros síntomas, se levante y camine un poco. Si los dolores se alivian, ello constituye una señal casi inequívoca de que el parto no ha comenzado aún. Por el contrario, si los dolores no disminuyen o desaparecen después de haber caminado un poco, entonces sí es casi seguro que se trate del verdadero parto.

En muchos casos, cuando el parto comienza, puede haber un ligero sangramiento vaginal, pero no debe contarse con

esto como síntoma seguro, pues no siempre se presenta.

Cuando el médico sospecha que los síntomas solamente reflejan una falsa alarma, es muy posible que prescriba algún sedante no muy fuerte para aliviar a la mujer, o tal vez le recomiende beber una copa de jerez o de algún vino similar. Este viejo remedio suele ser sorprendentemente eficaz para que desaparezcan los síntomas falsos de parto.

Cuando las contracciones ya se han iniciado, es importante que la mujer lleve cuenta de la frecuencia con que sobrevienen, pues el médico se lo va a preguntar, y conviene que ella pueda darle una respuesta lo más exacta posible. Cuando realmente se trata del parto, las contracciones irán haciéndose paulatinamente más prolongadas, y los intervalos entre una y otra serán cada vez más cortos. En los casos de falsa alarma, por el contrario, las contracciones, molestias o dolores no parecen seguir ningún patrón definido: a veces se presentan en forma muy seguida, casi constante, o se manifiestan a intervalos de duración muy irregular o anárquico.

Muchos ginecólogos advierten a sus pacientes que, en circunstancias normales, no les avisen hasta que las contracciones estén sobreviniendo a intervalos de sólo 10 minutos entre una y otra. En la práctica, desde luego, casi ninguna mujer sigue este consejo. Por lo general, ellas (o sus maridos) quieren llamar al médico tan pronto han sentido la primera contracción.

El proceso que acaba de describirse es aplicable a la generalidad o promedio de los partos, pero debemos tener en cuenta que no hay dos alumbramientos que se presenten en forma exactamente idéntica. Cada uno tiene sus características peculiares. En caso de duda, es mejor llamar al médico, aunque sólo sea para que la mujer y sus acompañantes se sientan más tranquilos.

Algunas veces, las membranas (bolsa de aguas) se rompen antes de que comience el parto, y muchas veces no se presenta, a pesar de la ruptura, el flujo abundante de agua que la mujer generalmente espera. Si la mujer advierte la ruptura de la bolsa, debe notificárselo de inmediato al médico, aunque es probable que el inicio del parto todavía demore varias horas en presentarse.

Una vez que comienzan las contracciones, o que la mujer advierte la ruptura de las membranas, no debe comer absolutamente nada, a menos que el médico se lo ordene o se lo

autorice; la razón de esto es bien sencilla: conviene que el estómago esté vacío cuando se vaya a administrar la anestesia. Aunque la mujer tenga planeado dar a luz sin anestésicos, como es frecuente hoy en día, nunca puede saberse si la anestesia va a ser necesaria en un momento dado.

La mujer también debe poder decirle al médico cuándo fue la última vez que comió algo antes de iniciarse las contracciones, y qué fue lo que comió. Esta información pudiera ser importante, a los efectos de escoger el tipo de anestésico que se vaya a utilizar, en caso necesario.

LAS FASES SUBSIGUIENTES

El proceso del parto suele dividirse en tres fases o etapas. La primera, ya descrita, suele ser la más larga y la peor. Es la fase de la dilatación, que se prolonga desde el comienzo de las primeras contracciones hasta que el cuello del útero está ya completamente dilatado. Para la inmensa mayoría de las primerizas, esta primera fase, como promedio, suele durar de 8 a 10 horas, aunque debe recordarse que las excepciones abundan, y a muchas mujeres esa primera etapa les dura mucho menos o mucho más.

En los segundos y posteriores embarazos, la fase de dilatación suele ser mucho más breve.

En general, puede decirse que esa primera fase termina cuando las contracciones se están sintiendo a intervalos de sólo 2 ó 3 minutos, y con una duración de 40 a 50 segundos.

El médico irá dándose cuenta de cómo progresa el proceso, observando cuál es el grado de dilatación del cuello del útero y la posición de la criatura. Para determinar estas cuestiones, hará un examen o reconocimiento interior, que puede ser vaginal o rectal. También el médico, o una enfermera, periódicamente comprobará los latidos cardíacos de la criatura, para cerciorarse de que todo marcha bien. Aunque la madre sienta que la criatura está moviéndose como siempre, debe señalarse que lo cierto es que, en el curso de este proceso, el bebé se mantiene relativamente inactivo.

Si el médico estima que el proceso del parto está hacién-

dose demasiado lento, es probable que resuelva adoptar algunas medidas para estimularlo. Una de ellas puede ser la ruptura artificial de la bolsa de aguas, si es que todavía no se ha roto. La ruptura de la bolsa suele ser bastante eficaz para estimular la dilatación del cuello del útero. También puede recurrirse a la hormona pitocina, de la que ya se habló cuando tratamos del parto inducido. Sin embargo, no es prudente administrar esta hormona cuando la mujer tiene una pelvis pequeña o la criatura se encuentra colocada en una posición anormal.

En casos excepcionales, el proceso se prolonga tanto, que el médico puede juzgar que lo más seguro, para la madre y para la criatura, es acudir a la operación cesárea, pero ésta no es una decisión que se tome a la ligera. Hace pocos años, se tendía a abusar un poco de la cesárea. Hoy, por el contrario, los ginecólogos generalmente prefieren no tener que practicar esta operación, aunque el parto se demore un poco.

Algunas mujeres tienen la idea de que la cesárea no puede practicarse después que el parto ya ha comenzado. Creen que la decisión de acudir a la cesárea es algo que debe tomarse de antemano. Esto, por supuesto, no es así. Más aún: la operación cesárea suele resultar más fácil si se practica varias horas después de haber comenzado el proceso del parto.

La segunda fase o etapa es la llamada de expulsión o transición. Se extiende desde que el cuello del útero está totalmente dilatado hasta el alumbramiento propiamente dicho. En las primerizas, esta segunda fase generalmente se prolonga por una o dos horas.

En los segundos y posteriores partos, la fase de expulsión es mucho más breve, y se cumple con un número bastante reducido de contracciones.

Cuando la cabeza de la criatura llega a la base de la pelvis y comienza a distender el canal vaginal, la mujer se siente estimulada a "pujar", lo que suele proporcionarle alivio, aunque las contracciones continúen siendo intensas y frecuentes.

Si la mujer está dando a luz en un hospital o clínica, generalmente la llevarán a la sala de partos cuando ya el cuello del útero esté completamente dilatado. La cabeza del bebé irá descendiendo gradualmente hacia la base de la pelvis. La mujer será colocada en postura para el parto, acostada boca arriba, con las rodillas flexionadas y las piernas separadas, con el soporte de "estribos" a ambos lados de la mesa de

Cuando la cabeza llega a la base de la pelvis, comienza a distenderse el canal vaginal (2da. fase).

partos. Toda el área genital será limpiada con una solución antiséptica. El médico volverá a hacer un reconocimiento interno para precisar la posición del bebé.

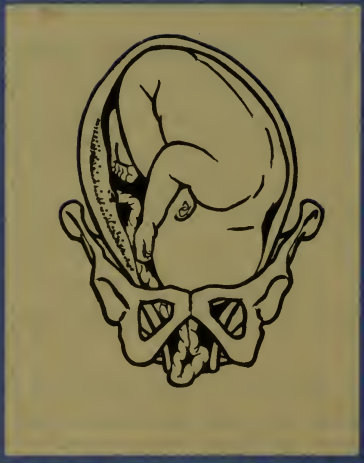
Los bebés nacen más fácilmente "de cabeza", es decir, con la región occipital del cráneo hacia delante y hacia arriba, y la cara hacia abajo. Si el bebé no estuviera en esta posición, es posible que el médico decida voltearlo para colocarlo adecuadamente. El médico puede hacer esto mediante una simple manipulación, o con ayuda de los **fórceps.** Estos no se usan hoy tanto como se usaban en el pasado, pero es falso afirmar que sean instrumentos obsoletos o "pasados de moda". Todavía los fórceps resuelven problemas en un buen número de partos.

La episiotomía es una pequeña incisión que puede hacerse para aumentar la abertura del canal vaginal, una vez que los tejidos de la vagina comienzan a estirarse.

Tan pronto la criatura ha emergido, inmediatamente se le limpia el mucus que le cubre la nariz y la garganta, para que los pasajes respiratorios queden abiertos. El bebé normalmente comenzará a respirar y a llorar dentro del minuto siguiente. Si el proceso respiratorio demora en comenzar, se le administrará oxígeno, hasta que pueda respirar por sí mismo.

Esta presentación, en la que una sola pierna penetra primero en el canal vaginal, no es ciertamente una de las más comunes.

Aquí la criatura se presenta de cabeza, pero con el mentón un tanto levantado. Se trata de una variante frecuente.



Si el cordón umbilical se desliza hacia el canal vaginal antes que el bebé, habrá que apresurar el parto o acudir a la cesárea.

Si la presentación transversal de la criatura que está por nacer no se modifica sola al iniciarse el parto, se acude a la cesárea.

LA FASE FINAL DEL PARTO

El próximo paso será cortar el cordón umbilical, que todavía mantiene al recién nacido físicamente unido con su madre.

Una vez que la separación se ha producido, ya el bebé depende del funcionamiento de sus propios órganos vitales para sobrevivir.

Algunos ginecólogos hoy en día, inspirándose en las modernísimas enseñanzas del obstetra francés Frederick Leboyer (cuyas teorías han originado muchas polémicas científicas tanto en Francia como en otros países), son partidarios de retardar, al menos unos minutos, el momento de cortar el cordón umbilical al recién nacido, con la finalidad de evitarle la conmoción de un flujo de aire demasiado súbito y violento a sus pulmones. Se admite que, en la generalidad de los casos, esa breve espera no produce consecuencias negativas, e inclusive puede ser beneficiosa para el niño, tal como Leboyer y sus seguidores señalan. Sin embargo, es esencial que el médico se mantenga muy alerta, para proceder a cortar el cordón ante la menor señal de que al niño pudiera estarle fallando el suministro de oxígeno. Este caso siempre exigiría una acción rápida por parte del médico.

En algunos países, actualmente es obligatorio, por ley, dejar caer unas gotitas de nitrato de plata en los ojos del recién nacido. Esto se hace para prevenir las infecciones de los ojos, que pudieran ser causadas por el germen productor de la gonorrea. Es posible que, si la madre padece esta enfermedad (que en la mujer muchas veces casi no presenta síntomas), el bebé pueda ser afectado al atravesar el canal vaginal. Estas infecciones pueden ser, y a menudo son, causa de ceguera en los recién nacidos, pero esto puede evitarse gracias a la medida que hemos mencionado.

Esta medida preventiva resulta de especial importancia en la actualidad, ya que las enfermedades venéreas —la gonorrea entre ellas— desgraciadamente alcanzan proporciones epidémicas en muchos países, inclusive en los más avanzados y desarrollados. Además, muchas mujeres casadas, aun sin ser

promiscuas y limitando sus relaciones íntimas exclusivamente al cónyuge, pueden padecer de gonorrea, sin saberlo, si el marido ha contraído la enfermedad manteniendo contactos sexuales extramatrimoniales.

El nacimiento de la criatura es seguido por la expulsión de la placenta, lo que normalmente toma alrededor de 10 ó 12 minutos. Generalmente, la expulsión de la placenta es espontánea, y son raras las ocasiones en que el médico necesita intervenir. Durante este proceso, la mujer sólo experimenta molestias mínimas. El profesional examinará el estado de la placenta, ya que, de este examen puede obtener pistas valiosas respecto a posibles anormalidades o enfermedades en el recién nacido.

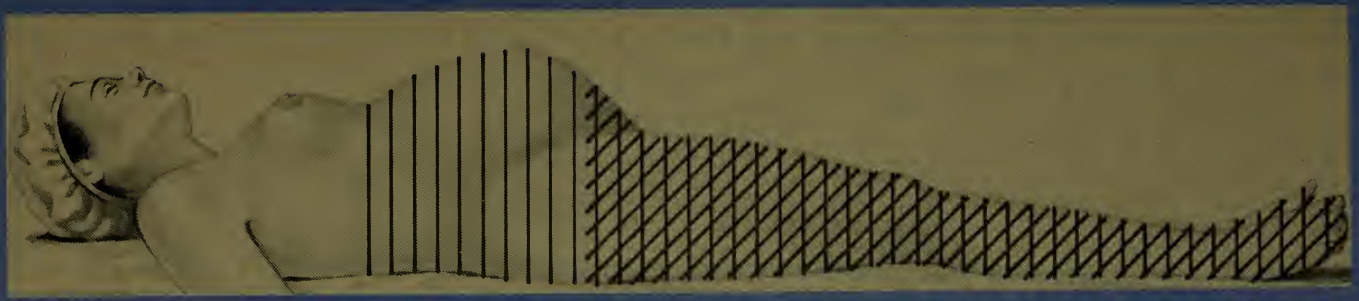
Mientras el niño es atendido por otros miembros del personal de la sala de partos, el médico procederá a la sutura de la episiotomía, si es que fuere necesario. Bajo circunstancias normales, todo el proceso del alumbramiento puede durar un poquito menos de una hora, a partir del momento en que la mujer entra en la sala de partos. Por lo general, en casi todos los hospitales y clínicas, hoy en día se hace pasar a la mujer entre una y dos horas en la sala de recuperación, antes de conducirla nuevamente a su habitación. Durante este período, los médicos o sus ayudantes estarán pendientes del pulso de la mujer, de su presión sanguínea, y de las posibles pérdidas de sangre. Esta vigilancia continuará durante algún tiempo, pero no tan constante como en las dos primeras horas.

LA ANALGESIA Y LA ANESTESIA EN EL PARTO

En términos ginecológicos, la palabra "analgesia" se aplica al alivio de los dolores **antes** del parto. Fue a principios de este siglo que los obstetras europeos, especialmente en Alemania, empezaron a usar una combinación a base de morfina y escopolamina. Esta última es una droga relacionada con la atropina, que es la que usan los oftalmólogos para dilatar la pupila.

La escopolamina, por sí sola, carece de efectos sedantes;

ANESTESIA REGIONAL PARA EL PARTO



La ilustración nos muestra la diferencia que hay, en cuanto a las zonas del cuerpo femenino que quedan anestesiadas, en el caso de que la anestesia se aplique para una operación cesárea y en el caso de que se aplique para un parto vaginal en el que no se recurre a la cirugía. No es cierto, como erróneamente creen algunas mujeres, que la decisión de recurrir a la operación cesárea siempre tenga que tomarse antes de iniciarse el proceso del parto. Bajo ciertas circunstancias especiales, es posible que el obstetra resuelva acudir a la cesárea, aunque no hubiera sido ésta su intención original. Es afortunado que, hoy en día, el profesional disponga de métodos mucho más exactos para determinar la forma de presentación de la criatura que está por nacer.

sin embargo, cuando se le usa en combinación con sedantes o con narcóticos, produce un estado de sopor y amnesia. Pero no pasó mucho tiempo sin que los médicos comenzaran a notar que la morfina hacía más lento el inicio de la función respiratoria en muchos bebés. Por consiguiente, la combinación de que hablamos dejó de usarse. No obstante, hoy en día, la escopolamina continúa empleándose, con barbitúricos y tranquilizantes, para sedar a la mujer y aliviarle los dolores antes del parto, aunque ya no con morfina.

Cuidadosamente dosificadas, estas combinaciones de drogas no son lesivas para el bebé. Probablemente produzcan el efecto de que el bebé esté un poco soñoliento durante las primeras horas después de nacido, pero esto no le hace daño.

A pesar de todo esto, los médicos no usan la escopolamina a la ligera, toda vez que tiene algunos otros inconvenientes. El mayor de ellos es que, a algunas mujeres, las vuelve muy intranquilas durante las contracciones, aunque estén sedadas el resto del tiempo. En la actualidad, existe una tendencia, por un gran número de mujeres, a preferir el parto sin analgésicos ni anestésicos, como veremos más adelante cuando hablemos extensamente de los métodos para el parto natural. No obstante, todavía hay muchas mujeres que prefieren que se les administre alguna combinación de escopolamina, barbitúricos y tranquilizantes. Cuando no hay alguna razón seria que aconseje otra cosa, el médico suele acceder a estos deseos de su paciente, ya que dichas drogas están lo suficientemente probadas, para saberse que son altamente seguras.

En cuanto a la anestesia, no debe considerarse que la misma sea esencial en los partos, como algunas mujeres erróneamente suponen, todavía hoy en día. En ciertos casos, al presentarse complicaciones, tales como las que se derivan de un problema de desproporción (por ejemplo, si el canal vaginal es muy estrecho y el tamaño del bebé es muy grande), entonces la anestesia sí puede convertirse en un excelente recurso para permitirle al médico actuar en forma segura para la madre y para la criatura.

Por suerte, las complicaciones originadas por la anestesia, aunque pueden producirse, son muy raras.

La anestesia general, a base de la inhalación de éter u otro gas similar, suele preferirse para algunas situaciones obstétricas realmente complicadas, si no se trata de un parto

prematuro. También se recurre a ella en presencia de complicaciones que conlleven hemorragia. Una de las peores desventajas del éter es que puede provocar vómitos. Por esto, se señalaba anteriormente que la mujer no debe comer ni beber nada, a partir del momento en que se presentan los primeros dolores del parto. (El uso de éste, sin embargo, ya ha sido prácticamente eliminado hoy en día.)

En la anestesia espinal (y sus variantes), la mitad inferior del cuerpo es la que queda anestesiada, de modo que la mujer se mantiene consciente. Por esto, suele ser uno de los métodos preferidos para el parto. Además, no tiene efectos nocivos para la criatura.

La anestesia espinal se administra con gran rapidez, ya que sólo requiere un "pinchazo", y sus efectos son inmediatos. Dura aproximadamente una hora. Ciertas variantes de la anestesia espinal pueden ser administradas con varias horas de anticipación.

La anestesia local, a base de novocaína o de alguno de sus modernos equivalentes, suele ser, en opinión de muchos ginecólogos, uno de los métodos anestésicos más satisfactorios en los partos. Sin embargo, no puede aplicárseles indiscriminadamente a todas las mujeres. Se necesita una paciente tranquila, serena, confiada y dispuesta a colaborar en el parto. Una de las variantes de la anestesia local es el "bloqueo paracervical". En estos casos, el agente anestésico es inyectado en ambos lados del cuello del útero, antes de que éste se haya dilatado completamente. La anestesia "bloquea" los impulsos nerviosos que parten del útero, con lo que se eliminan las sensaciones dolorosas. Son muy pocas las mujeres que no obtienen excelentes resultados con este método. Cuando falla, generalmente se debe a variaciones anatómicas en la ubicación de las terminales nerviosas.

Otro sistema de aplicar la anestesia local consiste en inyectar la novocaína en la vagina, o a ambos lados de la abertura vaginal. Los nervios del área quedan así bloqueados. Este sistema suele dar magníficos resultados en una gran mayoría de los partos, aun cuando haya necesidad de practicar la episiotomía y de recurrir a los forceps.

Señalemos, finalmente, que en los últimos años se han hecho algunos ensayos a base de utilizar la acupuntura o la electroacupuntura para evitar los dolores del parto. Algunos ginecólogos italianos ya aplican estos métodos.

LA EPISIOTOMIA

La episiotomía es una incisión que se practica en la entrada del canal vaginal para evitar un desgarramiento del perineo en el momento del alumbramiento. Si este corte se realiza cuando la cabeza del bebé está estirando el perineo, la presión sirve de anestesia. Pero si el médico decide practicarlo antes, le inyectará a la paciente un anestésico local. En algunos países, la episiotomía se ha convertido en un procedimiento de rutina, que se lleva a cabo en todos los partos. Sin embargo, este procedimiento sólo debe practicarse cuando es absolutamente necesario.

El médico no puede saber si el perineo de una mujer es suficientemente elástico hasta el mismo momento del parto. Pero se debe tener en cuenta que este músculo está preparado para estirarse considerablemente. Las razones básicas para practicar una episiotomía son las siguientes:

- Si se hace necesario apresurar el parto.
- Cuando la cabeza del bebé es muy grande.
- Si un desgarramiento es inminente.

LOS FORCEPS

Los fórceps, estructural y mecánicamente, no son más que unas pinzas o tenazas, fabricadas de acero quirúrgico y moldeadas para adaptarse a la curvatura de la cabeza del bebé. Valiéndose de los fórceps, el médico puede, no sólo hacer que la cabeza emerja más rápidamente, o más lentamente según convenga el caso, sino también controlar mejor sus movimientos. A veces, los obstetras favorecen el uso de los fórceps para acortar la segunda etapa del parto, ya que un intervalo demasiado largo, entre la plena dilatación del útero y el momento del nacimiento puede resultar peligroso para el bebé y agotador para la mamá. En ocasiones este instrumento es muy útil. Por ejemplo, los niños prematuros tienen mayor probabilidades de sobrevivir si nacen mediante fórceps. Si el médico sabe usar bien los fórceps, no hay porque temer ninguna complicación. El único efecto que dejan es una marca en la cabeza del bebé que desaparece a los pocos días.

De todos modos, la tendencia de hoy en día es no usar los fórceps, si ello puede ser evitado.

EL BEBE "DECIDE" CUANDO QUIERE NACER

Basándose en el estudio de tres mil casos de recién nacidos, los investigadores están llegando ahora a la conclusión de que es la propia criatura la que "resuelve" cuándo quiere nacer. No se trata, por supuesto, de un acto consciente de voluntad. Lo que quiere señalarse es que el organismo de la criatura, no el de la madre, es el que determina el inicio del proceso del parto.

Estudios realizados por la doctora Anne Anderson, de la Universidad de Oxford, Inglaterra, revelan que el cerebro del feto es el que "instintivamente" ordena la secreción de la hormona **cortisol,** la que se encarga de estimular en la madre las contracciones uterinas.

Según la doctora Anderson, cuando la criatura nota que las condiciones del claustro materno comienzan a "deteriorarse" (algo así como quien está viviendo en una "casa vieja" y ya quiere dejarla), porque el suministro de oxígeno y los niveles de nutrición intrauterina empiezan a declinar, inmediatamente lanza una "señal de alarma". Y esa señal es la secreción de cortisol.

Esta opinión se basa en el análisis del líquido amniótico, que envuelve a la criatura en el útero materno. "Hemos hallado que, por lo menos en un 80% de los casos, el cerebro fetal es el que 'decide' el momento de iniciarse el parto", dice la doctora Anderson. Y añade: "En el pasado, el obstetra se alarmaba si el parto se presentaba con unos días de anticipación. Hoy sabemos que es mejor que el bebé 'cumpla con sus deseos' y nazca con unos pocos días de adelanto o de atraso, según 'prefiera', sin hacer nada por adelantar ni retrasar el parto a través de procedimientos artificiales. Esto, desde luego, **no se aplica** a los casos en que el ginecólogo puede determinar que el adelanto o la demora obedecen a causas anómalas. Entonces sí se justifica que se tomen medidas para demorar o anticipar el alumbramiento, según convenga".

El doctor Fritz Fuche, de la Universidad de Cornell, Nueva York, también ha confirmado estas conclusiones.

VI - EL EMBARAZO MULTIPLE

Casi todas las mujeres piensan alguna vez en la probabilidad de un embarazo múltiple. En realidad, estas probabilidades, estadísticamente, son bastante escasas. Se calcula que hay gemelos en uno de cada noventa casos; triples o trillizos, en uno de cada nueve mil casos. Los nacimientos de más de tres criaturas constituyen verdaderas rarezas médicas.

En los casos de embarazo gemelar, es frecuente que los síntomas típicos de los primeros tiempos del embarazo se presenten más agudizados. Por ejemplo, las náuseas mañaneras pueden ser más molestas y prolongadas. Si la mujer no ha tenido estas náuseas en sus embarazos anteriores, y ahora se le presentan por primera vez, ello suele constituir un síntoma bastante seguro de que ha concebido gemelos. Otro síntoma es el aumento exagerado de peso, aunque la mujer esté vigilando cuidadosamente su dieta y restringiendo el consumo de sal y de otros alimentos ricos en sodio.

Una de las señales que indica al médico la posibilidad de que exista un embarazo gemelar, es el tamaño del útero, que suele agrandarse mucho más de lo que debiera en un embarazo ordinario. Si la mujer va al médico desde un principio y el profesional le hace exámenes periódicos, le resultará

relativamente fácil darse cuenta de la rapidez con que el útero se va agrandando. Ahora bien, si el médico examina por primera vez a la paciente en los últimos meses de la gestación, entonces es muy probable que el reconocimiento físico no baste para diagnosticar un embarazo gemelar.

Cuando ya el ginecólogo sospecha que hay gemelos, muchas veces podrá confirmarlo al captar los latidos cardíacos de las dos criaturas por separado. También, en los últimos años, han comenzado a usarse distintos dispositivos electrónicos que, con un grado casi infalible de exactitud, pueden determinar, en fecha relativamente temprana, la existencia de un embarazo de gemelos.

Por ejemplo, hoy en día se puede, ya desde el cuarto mes, obtener electrocardiogramas fetales, que captan los impulsos eléctricos originados en los corazones de las criaturas. También hay estetoscopios electrónicos y aparatos amplificadores, capaces de aumentar notablemente los latidos cardíacos fetales.

DOS TIPOS DISTINTOS DE GEMELOS

Como es sabido, existen los gemelos univitelinos y los bivitelinos. Estos últimos son los procedentes de **dos** óvulos fertilizados. Por consiguiente, pueden ser de distinto sexo y presentar diversas características genéticas. Por ejemplo, pueden tener los ojos de distinto color, e inclusive un tipo sanguíneo diferente. Los gemelos bivitelinos ocurren con una frecuencia de tres a cuatro veces mayor, en comparación con los gemelos univitelinos.

Tenemos el caso de los bivitelinos cuando el organismo de la mujer libera dos óvulos a la vez, y éstos son fertilizados al mismo tiempo.

Algunas mujeres parecen tener cierta tendencia a liberar mensualmente más de un óvulo. Y el mismo hecho de que estos casos abunden dentro de una misma familia, sugiere fuertemente la posibilidad de que en ello intervengan factores hereditarios, aunque los especialistas en Genética no hayan podido aún precisar satisfactoriamente qué factores son ésos.

Se ha dicho, en estos casos de gemelos dentro de un mismo tronco familiar, que los gemelos se presentan alternativamente; es decir, sí en una generación, y no en la que le sigue. Semejante idea carece por completo de todo fundamento científico serio. Es perfectamente posible, y así sucede a menudo, que haya gemelos en varias generaciones consecutivas, o que transcurran dos o más sin que los haya. Tampoco se sabe si esta predisposición gemelar es transmitida, de una generación a otra, por el hombre o por la mujer. Hoy por hoy, los especialistas en Genética tienden a pensar que son ambos, hombre y mujer indistintamente, los que transmiten dicha característica a su descendencia.

En el caso de los gemelos bivitelinos, parece ser que el factor racial tiene alguna influencia. Se sabe que estos gemelos abundan más en la raza negra, un poco menos en la blanca o caucásica, y menos aún entre los orientales. Sin embargo, estas diferencias por razón de raza no se observan en el caso de los gemelos univitelinos o idénticos.

En la actualidad, existen drogas capaces de estimular la ovulación en mujeres estériles que desean tener familia. Y se ha comprobado que, cuando la mujer acude a tales drogas, luego es mayor la posibilidad de que sobrevengan embarazos múltiples. Hace unos años, cuando dichas drogas recién comenzaron a usarse, estos casos eran sumamente frecuentes. Hoy en día, sin embargo, la ciencia médica ha logrado dosificar dichos medicamentos en una forma mucho más cuidadosa y exacta, de modo que ya no son tan frecuentes los embarazos múltiples provocados por las llamadas "drogas de la fertilidad".

Los gemelos univitelinos proceden de un mismo y único óvulo. Puede ocurrir que, en una fase muy temprana de la vida embrionaria, el óvulo fertilizado se divida completamente en dos, y cada una de estas partes da origen a la formación de una nueva vida.

Los gemelos idénticos, al desarrollarse inicialmente de un mismo óvulo fertilizado, tienen una distribución idéntica de cromosomas y, por consiguiente, características también idénticas (sexo, color de los ojos, tipo sanguíneo, etc.). Al nacer, es posible que uno de ellos sea de mayor tamaño o pese más, pero esto no se debe, en modo alguno, a factores de naturaleza genética, sino simplemente al hecho de que uno de los gemelos, durante su vida intrauterina, ha estado reci-

biendo un suministro mayor de sangre. Después de nacidos, con el transcurso de los años, es perfectamente posible que las diferencias entre estos gemelos gradualmente vayan haciéndose más apreciables, en cuanto a estatura, peso, sistema muscular, etc. Tales diferencias obedecen a circunstancias ambientales, no hereditarias (alimentación, ejercicio, costumbres, sistema habitual de vida, etc.).

Aunque a las madres les encanta vestir a los gemelos con ropas iguales, muchos sicólogos recomiendan que se les vista diferente, para reforzar la idea de individualidad personal.

Los embarazos gemelares pueden dar lugar a ciertas complicaciones. Y una de las más frecuentes es el nacimiento prematuro. En casi todos estos embarazos, el parto suele presentarse con tres semanas de anticipación, o más. No es de extrañar que, entre los gemelos, el índice de mortalidad al nacer sea casi cuatro veces mayor, en comparación con los partos sencillos. Para evitar el nacimiento prematuro de gemelos, es muy frecuente que el médico recomiende a la mujer descanso adicional durante los meses críticos, es decir, del séptimo en adelante.

También es normal que los gemelos, aunque no nazcan prematuramente, sean un poco más pequeños que los demás niños. Así, como promedio, suelen pesar aproximadamente ¾ Kg menos que los demás bebés.

Otro problema es la mayor posibilidad de toxemia, por lo que el obstetra redoblará su vigilancia sobre el curso de los acontecimientos especialmente después del quinto o sexto mes de embarazo. Se cree que el útero portador de gemelos, al estar sumamente distendido, recibe un flujo reducido de sangre, lo que puede contribuir, en algunos casos, a que sea mayor la posibilidad de una toxemia. Por todo ello, la mujer que espera gemelos debe ser más cuidadosa aún en lo que concierne a su consumo de sal y de alimentos con un alto contenido de sodio.

El parto de gemelos suele presentarse normal y exento de mayores complicaciones, aunque es frecuente que las contracciones sean poco fuertes y muy separadas entre sí, lo que puede hacer que estos partos resulten más lentos de lo normal. En algunos casos, será necesario administrar medicamentos estimulantes de las contracciones.

VII - DISTINTAS CLASES DE PARTOS

El parto es un hecho natural de la biología humana. Durante miles de años las mujeres dieron a luz sin analgésicos ni anestésicos y también sin la más elemental asepsia ni ninguno de los recursos médicos y quirúrgicos de que hoy disponemos para lograr mayor número de partos felices.

Después fueron surgiendo teorías y sistemas que beneficiaron tanto a la madre como a la criatura, aunque en muchas ocasiones fueron rechazadas al principio como verdaderas locuras. Cuando Pasteur advirtió la necesidad de que las comadronas se lavaran las manos para asistir a las parturientas, su teoría fue recibida con burlas y considerada como un absurdo. Y no hablemos de cuando se trató de aliviar a la madre mediante la anestesia. Se alegaba que Dios había dispuesto que la mujer pariría con dolor y sería una terrible herejía tratar de evitarlos. Pero las ideas, una vez lanzadas, son como la buena simiente que al fin fructifica. Más tarde vinieron los adelantos de la cirugía aplicados a los casos de partos difíciles. Y así, en lucha contra la ignorancia y la superstición, la ciencia se fue abriendo camino hasta llegar hasta nuestros días.

Sin embargo, el tecnicismo llevado a sus últimas consecuencias indujo a la mayoría de las mujeres a considerar el parto más bien un hecho patológico que natural. Esto, unido a la tradicional creencia de que el alumbramiento debía indefectiblemente provocar dolo-

res intensos, y a todas las anécdotas transmitidas de generación en generación sobre los sufrimientos de la madre y las terribles consecuencias del parto, provocaban en ellas temores exagerados que hacían más laborioso y difícil el dar a luz. De estas ideas surgieron varios sistemas, unos basados en la preparación que debe darse a la mujer, otros en el tratamiento que requiere el recién nacido y el ambiente que debe rodearlo. Por otra parte, tenemos los llamados partos problemáticos y los que requieren intervención quirúrgica. Sería imposible, en una obra como ésta, enumerar todos los tipos de parto, pero sí queremos mencionar los más importantes y frequentes.

EL PARTO NATURAL

A principios de siglo comenzó la reacción por parte de algunos sectores de la clase médica, que sin echar a un lado todas las ventajas de la obstetricia moderna, trataban de devolver al parto su carácter natural y de preparar a la mujer física y mentalmente para tal experiencia. El nuevo sistema recibió varios nombres: sicoprofiláctico, porque se trataba de liberar la mente de la mujer embarazada de todos los mitos e ideas erróneas a que había estado expuesta durante siglos; sin dolor, porque una vez libre de temores, el alumbramiento debía ocurrir sin grandes molestias para la madre; natural, para destacar su carácter. Pero de todos ellos esta última denominación ha sido la más generalmente aceptada.

¿Cómo empezó este movimiento? En la historia de la medicina, son muchos los que consideran que el "fundador" del parto natural es un ginecólogo inglés del siglo pasado llamado Grantly Dick-Read. Este médico se sintió abrumado al comprobar, en el curso de su práctica profesional, lo mucho que las mujeres se angustiaban y sufrían por un conjunto de temores completamente infundados, que se les venían inculcando de generación en generación. Basado en la experiencia adquirida, Dick-Read llegó a la conclusión de que el miedo es el principal factor para que el parto resulte tan penoso a muchas mujeres. Dick-Read creía que el

Los sicólogos insisten en que el parto natural redunda en grandes beneficios emocionales para la mujer, ya que participa activamente en el proceso del nacimiento de su hijo y está consciente de los primeros momentos de la vida propia de su bebé.

Abajo: La gran variedad de portabebés que se diseñan hoy en día, permite a los padres llevar al niño, con un mínimo de incomodidades, casi a todas partes.

Para el niño es muy importante estar rodeado de colores alegres. Esto parece ayudarlos al desarrollo de una mejor coordinación visual. En lo que a ropas y muebles respecta, hoy día es fácil encontrar estampados y diseños muy alegres así como colores variados con los que decorar el cuarto y vestir al bebé adecuadamente.

Hoy más que nunca antes, los pediatras recomiendan que las madres le den el pecho al bebé. La leche materna tiene todas las ventajas sobre cualquier otra. Sicológicamente, la interacción entre la madre y el niño es muy positiva para el desarrollo emocional del bebé.

¿Le "aterroriza" la idea de bañar al bebé, cambiar pañales, limpiarle los oídos y cuidar de que su piel se mantenga tersa y sana? ¡No se preocupe! Todas las mamás "novatas" han pasado por similares experiencias de verdadero miedo. Usted será la primera en sorprenderse cuando logre superarlas.

Arriba: Gemelos univitelinos y, por tanto, son idénticos.
Estos gemelos siempre son del mismo sexo.
Izq.: Gemelos bivitelinos. Pueden llegar a parecerse mucho
entre sí, pero nunca son iguales. Pueden ser
del mismo sexo o, por el contrario, de sexo diferente.

factor psicológico-miedo ejercía un estímulo demasiado fuerte sobre el sistema nervioso periférico o del gran simpático. En su opinión, esto estimulaba negativamente a los músculos que comprimían las terminales nerviosas, provocando así la sensación de fuertes dolores. Se trataba, según el razonamiento de este prestigioso especialista, de un círculo vicioso: el miedo producía el dolor; el dolor a su vez ocasionaba más miedo. Si eliminamos el miedo, pensaba Dick-Read, disminuirá el dolor o, por lo menos, se logrará atenuarlo.

Los rusos, por su parte, inspirándose en la teoría de los reflejos acondicionados del famoso sicólogo Iván Pavlov, llegaron a la conclusión de que los dolores del parto podían ser notablemente aminorados si se lograba ofrecer a la mujer, en ese trance, una serie de estímulos distintos que la distrajeran de sus sensaciones dolorosas.

En Rusia, estas ideas se hicieron rápidamente populares en los círculos médicos, y se inició un programa de preparación de la mujer para el parto. Determinados ejercicios físicos, encaminados a promover la relajación muscular, era uno de los principales ingredientes de este programa, así como también un sistema de respiración controlada.

Sin embargo, fueron los franceses quienes, basándose en estos antecedentes, elaboraron el método de parto natural que ha llegado a ser más conocido y aceptado en casi todo el mundo. El principal responsable de esta conquista fue el médico francés Fernand Lamaze

EL METODO LAMAZE

Este método consiste básicamente en cursos preparatorios para el parto, que se imparten a la mujer o a la pareja, de modo que el marido tiene también una participación activa en el proceso, pudiéndose obtener nuevas ventajas sicológicas.

Hoy día, en casi todas las ciudades de cierta importancia, prácticamente en el mundo entero, ya se ofrecen estos cursos preparatorios. Los mismos no son ofrecidos de forma personal, sino que suelen incluir a grupos más o menos limitados de mujeres o de matrimonios. Los grupos se forman con mujeres que esperan dar a luz alrededor de una misma fecha.

En el solo hecho de que varias mujeres coincidan en estos cursos, se encierra ya un elemento positivo, pues la mujer no se siente sola ante la experiencia que la aguarda, sino que puede compartir sus temores, dudas, ansiedades y sentimientos con otras que se encuentran en su mismo caso. Esto, de por sí, constituye una saludable "terapia de grupo", que generalmente beneficia a todas las mujeres involucradas.

Los cursos suelen estar a cargo de médicos, enfermeras y, en general, personal especializado, con la cooperación ocasional de algún sicólogo. Las clases son de índole teórico-práctica. Las explicaciones del profesor son complementadas con distintos medios auxiliares audiovisuales. A la mujer se la familiariza con el proceso fisiológico del parto, poniéndose énfasis especial en el ritmo y secuencia de las contracciones a través de distintas fases del alumbramiento, que ya fueron explicadas anteriormente en este libro. Lo que se persigue es que la mujer sepa identificar los síntomas del parto, y que esté al tanto de la probable sucesión cronológica con que van a desarrollarse, todo ello en una forma serena, manteniendo el control de sí misma, con la ayuda directa de su marido y de la confianza que éste debe inspirarle.

A la mujer se le enseñan técnicas respiratorias y de control muscular, cuya finalidad es ayudarle a aminorar sus dolores y a no caer en un estado de pánico.

En vez de hablársele de "dolores de parto" se le explica que las "contracciones" del útero son las que provocan la dilatación y, en definitiva, la expulsión de la criatura. No se le oculta que estas contracciones suelen ser dolorosas, pero que mediante el dominio de técnicas especializadas, es posible que esos dolores se atenúen y que ella pueda colaborar con el proceso del parto de una forma inteligente y consciente, sin necesidad de recurrir a anestésicos. Sin embargo, el uso de la anestesia no queda completamente excluido. La intensidad del dolor depende en gran parte de la sensibilidad de la mujer y de su sistema nervioso. Por esto se le advierte que, si lo cree necesario, queda en libertad de pedir el auxilio de la anestesia.

En los cursos de preparación para este tipo de parto, también se le concede una gran importancia al mejor acondicionamiento físico de la mujer. Es importante, por ejemplo, que sepa controlar su peso y que esté dispuesta a hacer con constancia y puntualidad los ejercicios que el médico indique.

En el método Lamaze, las técnicas de respiración son objeto de una atención muy especial. A la mujer se le enseña a regular su ritmo respiratorio conforme a la intensidad y duración de las contracciones uterinas. A medida que las contracciones aumentan en intensidad y frecuencia, la mujer cambia ese ritmo respiratorio, adoptando una respiración menos profunda, basada en jadeos más bien rápidos. Asimismo se le enseñan ciertas técnicas de masaje que pueden aliviarla mucho durante las contracciones y también entre éstas.

Está sobradamente comprobado que las mujeres que aprenden debidamente las técnicas y las saben utilizar durante su alumbramiento, suelen ser las que luego se recuperan con mayor rapidez. Pueden abandonar el lecho en un término relativamente corto y mantener una mejor postura en los días siguientes al parto. Además, suelen sentirse mucho más serenas, optimistas y felices.

EL PARTO INDUCIDO

A veces la madre y el médico se ponen de acuerdo para provocar el parto en una fecha determinada, lo cual se logra por medio de hormonas sintéticas. Las razones que se aducen para efectuar esta forma de parto, son generalmente de conveniencia o comodidad para la mujer, como sería por ejemplo, poder arreglar con anticipación el cuidado de los otros hijos pequeños, asegurarse de que el padre, obligado a viajar con frecuencia por su trabajo, pueda estar presente, etc. Otras veces es el propio médico quien prefiere estar seguro de que la fecha de parto no interfiera con otros trabajos u ocupaciones, y poderle dedicar más atención.

A pesar de todas las ventajas que el parto inducido pueda representar, tanto para la mujer como para su médico, no es

recomendable, ya que el riesgo de que el feto no haya alcanzado la madurez necesaria es grande, y surgirían todos los problemas de un parto prematuro. Por otra parte, la administración de hormonas sintéticas, como la pitocina, puede causar otros trastornos, como el de afectar al feto y producirle ictericia. Un exceso de pitocina también puede provocar contracciones muy rápidas que traigan como consecuencia la ruptura del útero.

Sin embargo, hay casos en que la inducción es necesaria, como cuando se produce espontáneamente la ruptura de la bolsa de aguas y transcurren más de 24 horas sin que comiencen las contracciones; cuando comienza la dilatación y luego se detiene; y en casos más graves, cuando la madre padece de diabetes, toxemia; cuando existe una historia previa de grandes hemorragias o graves problemas con el RH.

UNA INNOVACION RECIENTE: EL METODO LEBOYER

En las distintas variantes del parto natural, el énfasis se pone en el bienestar físico y sicológico de la madre. Sin embargo, un obstetra francés, el doctor Frederick Leboyer, últimamente ha adquirido renombre internacional con la nueva técnica que él propone y aplica para el alumbramiento, partiendo de la premisa de que no basta con que nos preocupemos exclusivamente de la madre. También es necesario hacer todo lo posible para que la experiencia de nacer no resulte traumática para la criatura, que debe salir de su refugio intrauterino para exponerse a todas las condiciones exteriores.

El doctor Leboyer, en su libro "Nacimiento sin violencia", señala distintas normas prácticas para mitigarle a la criatura el impacto al nacer. Propone, por ejemplo, que la iluminación del salón de partos se reduzca al mínimo posible. Según él, basta con la indispensable para que el ginecólogo y sus auxiliares vigilen el proceso del alumbramiento. "La inundación de luz es totalmente innecesaria", afirma, "y constituye un 'shock' para el recién nacido".

Leboyer también considera importante que en el salón de partos se mantenga el mayor silencio posible, con una completa erradicación de los ruidos evitables, "que excitan a la mujer y afectan a la criatura". Y que la temperatura sea lo suficientemente alta para que el recién nacido se sienta bien.

Leboyer se opone a la técnica tradicional de suspender a la criatura por los pies, cabeza abajo, y darle una nalgada para estimular la respiración. Estima que tales medidas son superfluas, salvo en casos verdaderamente excepcionales. También es partidario de demorar un poco el momento de cortar el cordón umbilical, para que no haya un súbito y precipitado flujo de oxígeno hacia los pulmones de la criatura.

Una vez que el niño ha respirado, colocarlo sobre el vientre de la madre, donde sentirá el calor y la caricia de sus

manos, el lenguaje del tacto que le habla de amor. Acostarlo sobre su propio estómago y dejarlo que sea él quien comience a desenroscarse, a estirar sus bracitos, sus piernas; después moverá todo su cuerpo armoniosamente. Entonces se le acuesta de lado, pero se debe evitar tocarle la cabeza, que es su parte más sensitiva. Luego se le corta el ombligo, y ya estará preparado para levantarlo verticalmente: la posición humana. Sentarlo despacio, sujetándole la cabeza y su espina dorsal para ayudarlo, porque sus músculos todavía no tienen la fuerza suficiente. Después de este primer contacto con la madre, que se considera importantísimo para ambos, el bebé será sumergido en un baño de agua tibia, suavemente, como si estuviera flotando en el líquido dentro del vientre materno.

OBJECIONES AL METODO LEBOYER

El bebé que sale del baño tibio puede enfriarse, dicen algunos doctores que no son partidarios de este sistema. Pero otros encuentran una solución teniendo un calentador sobre la bañera y envolviendo al bebé en toallas y frazadas tibias, tan pronto sale de ella.

Otros estiman que la criatura necesita el choque con el nuevo ambiente para que su respiración sea estimulada. Pero esta opinión se considera muy conservadora, pues aun dándole un baño tibio, el bebé encontrará otros muchos estímulos a su alrededor.

También se dice que los oídos del niño al nacer probablemente están todavía llenos de fluidos que amortiguan los sonidos, por lo cual no es necesario que esté rodeado de silencio.

En cuanto a la temperatura, se aduce que las bacterias se proliferan en los ambientes tibios, por lo que el salón de partos debe ser más bien frío. Por otra parte, el médico y sus auxiliares, y aun la misma madre, deben estar frescos. Estos creen que es preferible tener un calentador portátil sobre la mesa de partos, que dé calor al bebé en el momento de nacer.

VIII - EL FACTOR Rh

Lo que constituía, hasta hace unos años, un gravísimo problema, prácticamente ya ha dejado de serlo. El factor Rh fue descubierto en el año 1940 por dos médicos, los doctores Karl Lundsteiner y A. S. Wiener. Estos investigadores inyectaron la sangre de los monos rhesus en conejillos de laboratorio, los que reaccionaron produciendo un anticuerpo. (Precisamente por haberse utilizado los monos del tipo rhesus es que se adoptó la denominación de factor Rh.)

Cuando se mezcló una muestra de la sangre de dichos monos con el anticuerpo producido, los glóbulos rojos se aglutinaron. Sin embargo, al hacerse la misma prueba con seres humanos, se descubrió, para sorpresa de los investigadores, que en unos pocos casos esa aglutinación normal no se producía. Inmediatamente se trató de averiguar la causa de tan extraño fenómeno. Se llegó entonces a la conclusión de que algún factor, responsable de la aglutinación de los glóbulos rojos, no estaba presente en las células de algunos seres humanos. Y a este factor, presente en la mayoría de los casos, pero ausente en unos pocos, se le dio el nombre de factor Rh.

Investigaciones ulteriores demostraron que ese factor está presente en un 85 por ciento, poco más o menos de la po-

blación blanca. El 15 por ciento restante carece de dicho factor, y es en estos casos en los que se habla de factor Rh negativo, lo cual quiere decir ausente. El problema es menos frecuente entre los negros y los orientales. Aproximadamente el 95 por ciento de los negros y el 99 por ciento de los orientales tienen factor Rh positivo, es decir, presente.

El próximo paso fue descubrir que las mujeres con factor Rh negativo a menudo tienen partos que producen niños afectados por la enfermedad llamada eritroblastosis. Antes de estos hallazgos, las causas de dicha enfermedad eran desconocidas.

Igualmente pudo descubrirse que, cuando la mujer lleva en su seno a una criatura cuyo tipo sanguíneo es distinto del de la madre, puede presentarse la enfermedad conocida como eritroblastosis fetal. En tales casos, las células sanguíneas de la criatura son destruidas por un anticuerpo elaborado en el organismo de la madre.

Cuando tal cosa ocurre, los órganos encargados de la formación de la sangre en el feto, para compensar por esas células sanguíneas que son destruidas, incorporan a la circulación fetal glóbulos rojos que todavía no están lo suficientemente maduros. A estos glóbulos rojos prematuros se les da el nombre de eritroblastos.

Habiendo tantos diferentes tipos sanguíneos, también hay muchas clases distintas de eritroblastosis. Sin embargo, desde un punto de vista práctico, nos referiremos a la eritroblastosis como la situación que puede presentarse cuando la madre tiene factor Rh negativo, y la criatura lo tiene positivo, o también cuando la madre tiene el tipo sanguíneo O y la criatura tiene el tipo sanguíneo A o B.

Si la madre tiene factor Rh negativo y la criatura lo tiene positivo es posible que algunos glóbulos rojos del bebé atraviesen la placenta y se incorporen a la circulación de la madre. Estos glóbulos rojos estimularán entonces la formación de ciertos anticuerpos que son capaces de destruir las células Rh positivas. Estos anticuerpos, siendo de minúsculo tamaño, no tienen dificultad para atravesar la barrera placentaria, reincorporándose a la circulación sanguínea de la criatura.

El mero hecho de que la mujer tenga factor Rh negativo no constituye causa de alarma. De estas mujeres, el 90 por ciento no tiene problema alguno en sus embarazos y partos. Las situaciones problemáticas escasamente surgen en un 10 por ciento de los casos, y no siempre se trata de dificultades graves.

Estadísticamente, sólo un bebé, de cada 150 nacimientos, resulta afectado y, aún así, la mayoría de los casos no son graves, y el niño logra recuperarse completamente.

También debe insistirse en que el peligro surge solamente cuando la madre tiene factor Rh negativo y la criatura lo tiene positivo, pero no cuando la situación es la inversa.

Ya hemos explicado que los problemas del factor Rh surgen cuando los glóbulos rojos de la criatura, si ésta tiene factor Rh positivo, se incorporan a la circulación de la mujer con factor Rh negativo. Sin embargo, se ha hecho evidente que este "traspaso" de células sanguíneas, desde la criatura hacia la madre, ocurre principalmente al llegar al parto, y no en fases anteriores del embarazo. Es por esto que el factor Rh casi nunca representa un serio problema cuando se trata de un primer parto. En otras palabras, la mujer que da a luz por primera vez todavía no ha tenido tiempo de ser adversamente "sensibilizada" por glóbulos rojos que le hayan sido transmitidos por la criatura que lleva en su seno. Se calcula, tratándose de primeros partos, que esa "sensibilización" negativa solamente ocurre, antes del parto, escasamente en un uno por ciento de los casos.

Los problemas sobrevienen principalmente en los embarazos posteriores, ya que, una vez que la mujer ha sido adversamente "sensibilizada", continuará "sensibilizada" de por vida.

Todo el cuadro que acabamos de describir es una situación que ya va perteneciendo al pasado. Hoy en día es posible prevenir esa "sensibilización" de la madre en una inmensa mayoría de los casos. Lo que se hace, en ese primer parto, es administrarle a la mujer anticuerpos Rh positivos. Esto se lleva a cabo durante el parto o poco después. Esos anticuerpos se encargarán de destruir las células sanguíneas Rh positivas que pudieran estar pasando desde la criatura hacia la madre.

Si una mujer está o no está adversamente "sensibilizada", es algo que puede determinarse midiendo los anticuerpos presentes en su torrente circulatorio. Si la mujer ya está "sensibilizada", y lleva en su seno a una criatura con factor Rh positivo, ésta sufrirá de eritroblastosis. Puede decirse, como regla general, que mientras mayor sea el nivel de anticuerpos en la circulación materna, más grave resultará la eritroblastosis para la criatura. Esos anticuerpos, en el torrente circulatorio de la mujer, no se reducen con el mero transcurso del tiempo. Al contrario, tienden a aumentar con futuros embarazos, en los cuales la mujer lleve en su seno a una criatura con factor Rh

positivo, de modo que la eritroblastosis será cada vez peor con cada nuevo embarazo, en una mujer que ya esté adversamente "sensibilizada".

En tales casos, el peligro mayor es que la criatura nazca muerta. La eritroblastosis puede provocarle la muerte antes de nacer. Si el bebé nace con vida, hoy en día hay grandes posibilidades de salvarlo, mediante una transfusión total de sangre, aun en los casos en que la eritroblastosis sea de carácter grave. Además, para evitar que la criatura nazca muerta, siempre hay la posibilidad de provocar el parto prematuro. Una vez que el bebé ha nacido vivo, aunque sea prematuro, son grandes las probabilidades de poder salvarlo mediante una transfusión total.

En el pasado, para precisar hasta qué punto la situación era grave, lo único que se podía hacer era medir el nivel de anticuerpos Rh positivos en el torrente sanguíneo de la mujer con factor Rh negativo. Esta técnica presentaba el inconveniente de no ofrecer resultados muy exactos que fueran realmente dignos de crédito.

Sin embargo, desde hace unos años, se logró un gran avance, al ser posible el examen del líquido amniótico que envuelve al feto en el útero materno. Esta gran conquista se debe mayormente al doctor A. William Liley, de Nueva Zelanda. El método consiste en la inserción de una jeringa hipodérmica a través de las paredes abdominales y uterinas, dentro de la cavidad amniótica, para extraer una muestra del líquido. El nombre de este procedimiento es amniocentesis. El líquido extraído contiene elementos químicos que permiten precisar hasta qué punto es grave la eritroblastosis que afecta a la criatura que está por nacer.

Una vez que ha nacido un bebé con eritroblastosis, son dos los peligros principales a que se enfrenta. El primero de ellos es la anemia. Si ésta fuere muy severa, podría ocasionarle un fallo cardíaco. El segundo es la ictericia. Si ésta es grave y se prolonga mucho tiempo sin ser contrarrestada, pudiera ocasionar una lesión cerebral permanente.

Si el médico estima que la anemia o la ictericia constituyen un serio peligro para el recién nacido, entonces podrá ordenar una transfusión total. (En realidad, no es total, pero sí bastante sustancial.) En otras palabras, una cantidad de sangre, bastante apreciable, del recién nacido, es extraída y reemplazada con la sangre de un donante. Esto sirve para reducir notablemente

el nivel de bilirrubina en la sangre del bebé, lo que elimina el peligro de que se produzcan lesiones neurológicas.

Pero la ciencia médica ha llegado mucho más lejos aún. Hoy en día no es necesario esperar a que el bebé nazca con vida para suministrarle la transfusión que ha de salvarlo. Esta se puede llevar a cabo cuando todavía la criatura está en el útero materno. En los casos más graves de eritroblastosis la muerte del feto puede ocurrir mucho antes de que haya posibilidades de provocar el parto prematuro para salvarle la vida. En casos así, hoy en día es posible hacerle al feto una transfusión de glóbulos rojos Rh negativos varias semanas antes de la fecha probable del parto. Mediante este recurso admirable, se logra prolongar la vida intrauterina de la criatura, para así darle la oportunidad de que pueda desarrollarse lo suficiente para nacer, sin mayor peligro, prematuramente. En estos casos, suele practicarse la operación cesárea para proteger más aún la vida del bebé.

No debe pensarse que estas avanzadísimas técnicas funcionan siempre a la perfección para producir resultados infalibles en todos los casos. Sin embargo, continúan haciéndose notables progresos cada día, de modo que cada vez van resultando más y más seguras, y constantemente aumentan, en el mundo entero, los médicos y los centros clínicos capacitados para aplicarlas en defensa de la vida y la salud de la criatura.

Cuando la eritroblastosis se debe a incompatibilidades del tipo sanguíneo entre madre e hijo, suele ser muchísimo menos grave que cuando se debe al factor Rh. Cuando hay incompatibilidades de tipo sanguíneo, es muy raro que el bebé nazca muerto. En estos casos, el peligro mayor suele estar representado por la ictericia. Esta, sin embargo, puede mantenerse bajo adecuado control en la mayoría de los casos. Es posible, desde luego, que el recién nacido tenga que permanecer varias semanas en el hospital, bajo estricta vigilancia médica, pero se logra casi siempre un resultado feliz.

IX — ABORTO ESPONTANEO Y PARTO PREMATURO

Actualmente, gracias a los modernos avances de la Ginecología y la Pediatría, la línea divisoria entre el aborto espontáneo y el parto prematuro se ha hecho un poco confusa. Queremos decir con esto que, hoy en día, es posible salvar a muchas criaturas, para las cuales antiguamente no había esperanzas, ya que no existían los medios que hubiesen permitido manejar el caso dentro del orden de los nacimientos prematuros.

Para ofrecer algún punto de referencia, diremos que, actualmente, se considera que hay aborto espontáneo o involuntario cuando la terminación del embarazo se produce dentro de las primeras 20 semanas, o cuando el feto solamente pesa 500 gramos (poco más de 1 libra) o menos.

Lo anterior no quiere decir que toda criatura nacida después de la vigésima semana, o con un peso mayor de 500 gramos, pueda ser salvada. Esos son, simplemente, límites establecidos con un criterio teórico-práctico para distinguir entre lo que es aborto espontáneo y lo que es parto prematuro.

EL ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontáneo es mucho más frecuente de lo que suponemos. Se calcula que, por los menos, un embarazo de cada diez termina con un aborto involuntario. Quizás le parezca a usted que esta proporción es demasiado alta, pero lo cierto es que se ajusta bastante fielmente a la realidad.

Hasta hace relativamente poco tiempo, era desconocida la causa de la mayoría de los abortos espontáneos. Éstos suelen ocurrir entre el segundo y el tercer mes de la gestación.

Hoy en día, la Genética se ha encargado de enseñarnos que, en muchos de estos casos, ha habido una división anormal de cromosomas en el proceso de formación del embrión. Parece ser que el fallo reside en la primera división celular que tiene lugar inmediatamente después de la fertilización del óvulo. En otras palabras, se

considera que, en muchos casos, aunque no siempre, el aborto espontáneo es un mecanismo del que dispone la naturaleza para evitar el nacimiento de bebés gravemente defectuosos. No debe pensarse que esto obedece a razones hereditarias. Está comprobado que, en la inmensa mayoría de los casos, el aborto espontáneo ocurre una vez, y luego no vuelve a presentarse, y la mujer tiene hijos sanos y normales.

Desde luego, no puede decirse que todos los casos de aborto involuntario se deban a la división anormal de los cromosomas. También hay que considerar otras causas. Por ejemplo, las anomalías en la configuración del útero pueden dar lugar a repetidos casos de abortos espontáneos o de partos prematuros. Esas anomalías uterinas, en muchas mujeres, son susceptibles de corrección quirúrgica, para permitir a la mujer que tenga embarazos y partos normales en el futuro.

Otras causas que pueden contribuir al aborto espontáneo son los desgarramientos que haya podido sufrir el cuello del útero en embarazos o abortos anteriores, o en intervenciones quirúrgicas. La presencia de tumores fibroides y ciertas enfermedades en la mujer también pueden influir para que sobrevenga el aborto. Por ejemplo, las infecciones de tipo agudo, generalizadas por casi todo el organismo, conducen al aborto. Sin embargo, suele ser sorprendente el grado agudo de enfermedades a que puede llegar a veces una mujer embarazada, sin que su embarazo se altere. Y en un gran número de estos casos, el bebé llega a nacer sano y normal.

La desnutrición, por último, debe mencionarse entre los factores que también contribuyen al aborto espontáneo, a pesar de que es muy alto el porcentaje de mujeres desnutridas y mal alimentadas que tienen varios partos, inclusive muchos, a lo largo de toda su vida fértil, sin tener jamás un aborto. Buena prueba de ello la tenemos en el gran número de hijos que suelen tener las mujeres en los países subdesarrollados.

Merece especial mención el caso, por fortuna excepcional, de aquellas mujeres que, embarazo tras embarazo, tienen repetidos abortos espontáneos entre el tercero y el sexto mes de la gestación. Se ha logrado descubrir que, en la gran mayoría de estos casos, lo que ocurre es una dilatación sumamente prematura del cuello del útero. Al estar el cuello del útero totalmente dilatado, el aborto (o parto prematuro en algunos casos) se presenta de súbito y en forma casi indolora, sin que la mujer tenga mucho tiempo para percatarse de lo que le está ocurriendo. Algunas veces, sin embar-

go, puede haber una señal de aviso: secreciones vaginales de coloración parda o rosada, acompañadas de un vago dolor de espalda y de una desagradable sensación de presión. Tales síntomas justifican que la mujer se ponga en inmediato contacto con su médico, especialmente si ya ha tenido experiencias similares en embarazos anteriores. Muchas veces, si el cuello del útero solamente está parcialmente dilatado, será posible evitar el aborto y conducir la gestación hasta un feliz término.

En los casos que acabamos de describir, es necesario practicar una operación, cuya finalidad es colocar una ligadura alrededor de la circunferencia del cuello del útero. Gracias a esta ligadura, la abertura del cuello del útero queda reducida a un tamaño normal, lo que evita que la mujer pierda a la criatura. Esta operación se hace a través de la vagina; es decir, no se requiere una incisión abdominal. De todos modos, la mujer debe permanecer hospitalizada alrededor de cuatro días. Cuando llegue el momento del parto, ya sea al final de los nueve meses de gestación o prematuramente, la ligadura es zafada y el parto puede desarrollarse normalmente. Otra alternativa es mantener la ligadura y recurrir a la operación cesárea. Para decidir una u otra cosa, el ginecólogo atenderá a una serie de diversos factores, incluyendo la edad de la mujer y su capacidad pelviana.

Cuando la ligadura de que ya hablamos resulta necesaria, nunca suele implantarse antes del tercer mes de gestación.

Suponiendo que la ligadura se mantenga en su sitio y que el bebé nazca a través de una cesárea, la presencia de la ligadura no será obstáculo para la menstruación normal, ni tampoco para que la mujer conciba nuevamente. Esta técnica resulta tan sumamente efectiva que, gracias a la ligadura, se evita aproximadamente un 80% de abortos espontáneos.

Los casos a que acabamos de referirnos, como se recordará, son aquéllos en los que el aborto se debe a una dilatación prematura del cuello del útero, y se presenta, como dijimos, entre el tercero y el sexto mes. Pero volvamos ahora a los otros casos, es decir, a aquéllos en los cuales el aborto involuntario ocurre, en repetidos embarazos, dentro de los primeros meses de gestación. Las causas de estos abortos que pudiéramos calificar de "habituales" no se conocen a ciencia cierta. Sin embargo, toda mujer que haya atravesado por dos o más de estas experiencias debe ser sometida a un reconocimiento médico exhaustivo, pues siempre es posible descubrir anomalías que sean suceptibles de corrección, para permitirle a la mujer tener buen éxito en sus futuros embarazos.

Muchos de estos casos, si se debe a anormalidades anatómicas

del útero o a deficiencias hormonales, pueden ser tratados con resultados excelentes. Es importante, desde el punto de vista sicológico, que la mujer no se sienta agobiada ni desesperada. Abundan los casos de mujeres que, después de un historial clínico de varios abortos espontáneos consecutivos, han podido tener felizmente uno o más hijos.

Los síntomas de estos abortos, ocurridos en los primeros meses, suelen ser calambres y molestias abdominales, que generalmente se presentan acompañados de algún sangramiento. No todos los casos de sangramiento al principio del embarazo indican la posibilidad de un aborto. Cuando el sangramiento es anuncio de un aborto inminente, suele comenzar bajo la forma de "manchitas" de un color pardo o rojo oscuro. Esas pérdidas probablemente vayan aumentando, en forma gradual, durante los 4 ó 5 días siguientes, hasta el punto de que lleguen a ser más abundantes que las pérdidas normales típicas de la menstruación. Además, la sangre va tornándose de un color rojo brillante.

Si el aborto llega a ocurrir, las pérdidas se hacen más copiosas aún, y la mujer expulsa coágulos sanguíneos de tamaño bastante grande. También se expulsarán los tejidos nuevos que se habían formado con motivo del embarazo, los que tendrán una coloración gris pálida, a veces con tinte rojizo o azuloso. Estos tejidos tendrán la apariencia de una pequeña masa amorfa, con un diámetro no mayor de uno o dos centímetros.

Si esta situación le sorprende a la mujer cuando no está con su médico, es importantísimo que todo el material expulsado se conserve hasta que el médico pueda venir y examinarlo. Si ha habido un aborto completo, entonces probablemente no se presenten nuevas complicaciones. Ahora bien, si el aborto ha sido incompleto, será necesario hospitalizar a la mujer para practicarle el procedimiento llamado de dilatación y curetaje, con el propósito de que el útero le quede completamente limpio. Este procedimiento no requiere incisión, y la recuperación de la paciente suele ser muy rápida. Muchas mujeres necesitan permanecer en el hospital solamente un día o menos.

Después de la dilatación y curetaje, suele haber ligeras pérdidas vaginales por espacio de 4 ó 5 días, pero casi siempre la mujer podrá reintegrarse a la rutina de sus actividades habituales en el término de una semana. La menstruación normal casi siempre reaparece entre 4 y 6 semanas después. Es frecuente que, después de esta experiencia, que casi siempre constituye una frustración para la mujer que anhelaba ser madre, ésta quiera concebir de nuevo lo antes posible y, por regla general, no hay razones

médicas para que no lo haga. Sin embargo, siempre conviene esperar a que ocurra la primera menstrución.

EL PARTO PREMATURO

Se trata de una anomalía del proceso de gestación, generalmente considerada como muy peligrosa para la madre y para el niño. Ciertas estadísticas llegan a estimar su incidencia con índices que oscilan entre el 5% y el 15% sobre el total de las mujeres gestantes de una sociedad.

La posibilidad de que una gestación concluya en el parto prematuro es cada vez más detectable con anticipación, gracias a los esfuerzos de la medicina por identificar los síntomas típicos y las causas que lo provocan. Detectado a tiempo, y atendido con ayuda médica, este tipo de parto puede ser evitado exitosamente en un 64% de los casos, de manera que el nacimiento se produce al cabo del período normal de gestación.

Por supuesto, hay límites a lo que la medicina puede hacer una vez que se presenta un parto prematuro. Como se apuntó en las páginas anteriores, los niños que pesan menos de 500 gramos, generalmente con un desarrollo de unas 20 semanas de gestación, son demasiado pequeños para ser salvados. Los que, en cambio alcanzan por lo menos un kilogramo de peso, pueden beneficiarse de los adelantos de la medicina neonatal, aunque el futuro de estos niños resulta a veces dramático e incierto: a muchos les espera la ceguera, la sordera, o las enfermedades cardíaca y pulmonar crónicas.

Un 32% de los niños que pesan entre 750 gramos y un kilogramo, así como un 76% de los que pesan menos de 750 gramos no logran sobrevivir a pesar del mejor cuidado médico. Sin embargo, la tasa de supervivencia se ha mantenido en ascenso en los últimos años: en Estados Unidos, por ejemplo, dicha tasa era del 40% en 1960; veinte años después, ya había pasado al 85%. De los sobrevivientes, sólo un 15% presenta algún handicap, que resulta severo sólo en un 1% de los casos.

Entre las dificultades que tanto el feto como los padres deben enfrentar, el factor económico es responsable de algunas nada insignificantes. Un niño que necesita entre cinco y seis meses de cuidado intensivo, puede actualmente acarrear gastos del orden de los US$200.000. En esta cifra están incluidos no sólo los honorarios de equipos enteros de especialistas médicos, sino el uso de costoso equipo computadorizado que detecta y controla signos vitales del feto, tales como las ondas cerebrales, el ritmo cardíaco, los gases sanguíneos, el metabolismo y la tasa respiratoria.

En realidad, el manejo de los niños nacidos en un parto prematu-

ro crea exigencias sólo comprensibles cuando se considera que el problema básico de estos delicados organismos es la falta del saco amniótico protector, así como de la placenta necesaria para su alimentación, respiración, oxigenación de la sangre y transporte de los productos de eliminación. Atenderlos en un medio artificial plantea, por lo tanto, problemas extraordinarios por su complejidad y por la rapidez de su evolución.

Para dar una idea de las dificultades involucradas, consideremos el caso de un feto que, entre otras cosas, se encuentra en situación delicada por su falta de peso. Si el especialista decide aumentar la cantidad de líquido alimenticio para compensar la falta de peso, el aumento del fluido circulante en el organismo ejerce una peligrosísima presión sobre el corazón y los pulmones. Si, entonces, el especialista elimina alguna cantidad de líquido con ayuda de diuréticos, el niño corre el riesgo de deshidratarse y de perder el equilibrio del sodio y del potasio. Añadir una solución salina para compensar la deshidratación y el desequilibrio apuntado sólo replantea el problema de la presión sobre los sistemas respiratorio y cardiovascular.

Por otra parte, frecuentemente el niño prematuro carece de los reflejos nerviosos que le permitirían desarrollar actividades básicas como chupar, tragar, digerir y desplazar los alimentos a lo largo del intestino. La falta de estas facultades resulta dramática, como lo ilustra el caso de la asimilación del calcio necesario para que el esqueleto del niño se desarrolle adecuadamente. Dada su fase de desarrollo y la rapidez de su tasa de crecimiento, el niño tiene una necesidad inmensa de calcio, pero no hay manera fácil de proporcionárselo. En efecto, suministrado en forma intravenosa, el calcio se precipita como una nieve que forma piedras, las cuales obturan los canales. El especialista no puede recurrir a la administración directa en el tracto digestivo, pues el niño vomita el calcio o el revestimiento intestinal se escara y se cae, lo que favorece la actividad bacteriana y el desarrollo de la gangrena.

La supervivencia de estos niños se debe, frecuentemente, a la extraordianria habilidad de la ciencia tanto como al milagro. Una parte de éste se debe al niño mismo, quien contribuye a superar las dificultades con sus grandes poderes de curación y recuperación. Por ejemplo, el manejo del feto crea un riesgo constante de fractura en alguno de sus frágiles huesitos. Cuando se le quiebra alguno, se ha observado que el hueso se alínea y se suelda por sí solo con el tiempo. Esta recuperación es tan total que las placas de rayos X tomadas algunos años después no contienen indicio alguno de la fractura.

CAUSAS DEL PARTO PREMATURO

A pesar de todo el conocimiento que la Ginecología moderna ha logrado adquirir acerca del mecanismo del parto, la ciencia no ha podido determinar cuál es la causa decisiva que inicia el trabajo del parto, aunque se sabe que en el desencadenamiento del proceso están involucradas las prostaglandinas. Estas son substancias elaboradas naturalmente por el cuerpo y provocan la contracción de los músculos suaves del útero.

No obstante el desconocimiento de la causa última, se ha identificado una serie de factores que indudablemente contribuyen a que el alumbramiento se presente en forma prematura.

Un factor es el embarazo múltiple. Por ejemplo, se sabe que, en los embarazos de gemelos, las probabilidades de un parto prematuro son muchísimo mayores. Otro factor es la toxemia, es decir, la presencia de toxinas en la sangre. También influyen la infección, ciertas irritaciones causadas por la separación parcial de la placenta o determinadas anormalidades del útero, como la incapacidad de la cervix uterina para sostener al feto hasta el nacimiento.

Sobre bases estadísticas se ha logrado establecer que si la mujer ya ha tenido un parto prematuro, la probabilidad de que vuelva a dar a luz prematuramente es de un 30%. Para las que ya han tenido dos o más partos prematuros, ese porcentaje es mayor aún.

Casi todas las autoridades médicas estiman que el efecto de la hormona progesterona es el de inhibir la actividad de los músculos uterinos. Por consiguiente, muchos médicos opinan que la progesterona puede contribuir a prevenir los partos prematuros. Como dijimos antes en este libro, hay muchos casos en los cuales demorar el parto, aunque sólo sea por espacio de unos breves días, resulta vital para que la criatura pueda sobrevivir en el mundo exterior. Por eso, para ganar unos días de tiempo, es que muchos médicos prescriben descanso adicional a la mujer durante las fases finales del embarazo, y también le prescriben progesterona, aunque se sabe que este tratamiento no es la única repuesta para todos los casos de alumbramientos anticipados.

X - PARTOS PROBLEMATICOS

Lo más usual es que, al nacer, la criatura entre de cabeza en el canal vaginal, con el mentón o barbilla ligeramente inclinado sobre el pecho. Esta presentación es la que requiere menos espacio. Sin embargo, no todos los bebés "se portan tan bien". Por múltiples razones, algunos "escogen" otras formas de presentarse para abandonar el claustro materno y venir al mundo, algunas de las cuales pueden dar lugar a un parto difícil, obligando al ginecólogo a adoptar medidas especiales.

Cuando el bebé se presenta mirando directamente hacia delante, en lugar de tener la barbilla inclinada sobre el pecho, se dice que la cabeza se presenta extendida. Si la barbilla se presenta un poco levantada, como si la criatura quisiera alzar la cabeza, se dice entonces que se trata de una presentación "de cejas". Se considera que hay una presentación facial cuando el cuello está estirado todo lo posible, como si el bebé quisiera mirar hacia el cielo. También tenemos la presentación de nalgas, cuando éstas vienen primero.

Algunas de las presentaciones mencionadas pueden dificultar un poco el progreso del parto, pero generalmente la madre podrá dar a luz normalmente. Si la situación se pone muy difícil, y el médico piensa que la prolongación del parto puede poner en peligro a la madre o a la criatura, entonces puede decidirse a favor

de la operación cesárea. (Ya explicamos antes que nada impide que esta decisión se tome después de comenzado el parto.)

En los casos de presentación transversal, el bebé yace "atravesado" en el abdomen materno, con la cabeza hacia un lado y los pies hacia otro, en forma tal que su espalda o su abdomen están encima de la pelvis. A menudo sucede que alguna obstrucción impide que la cabeza de la criatura entre en la pelvis. Puede ser que la placenta tenga una ubicación demasiado baja sobre el cuello del útero, o que haya tumores fibroides u ováricos. También es posible que la obstrucción sencillamente se deba a una estrechez pelviana. Sin embargo, hay casos en que la presentación transversal de la criatura se produce, aunque no exista ninguna de las causas que se acaban de mencionar.

El alumbramiento vaginal es imposible en los casos de presentación transversal, cuando se trata de una criatura viva de término completo. La cesárea se hace necesaria en éstos casos. Muchas veces, el ginecólogo descubre la presentación transversal cuando ya la gestación se está acercando a su término. En estos casos, si se comprueba que no hay obstrucciones pelvianas, es muy posible que el médico prefiera no actuar, y simplemente espere a que comience el parto, con la esperanza de que la criatura cambie de posición y nazca de cabeza o de pies. Si tales esperanzas no se realizan, siempre tendrá tiempo de recurrir a la cesárea.

Todas las presentaciones de nalgas no son iguales. La más común es aquélla en que la criatura tiene los muslos flexionados sobre el abdomen, pero las rodillas no están flexionadas, de modo que los pies del bebé vienen a quedar junto a sus orejas. Por anormal que parezca semejante postura, es sorprendente lo bien que progresa el parto en la mayoría de estos casos. A veces la criatura puede tener flexionadas una o ambas rodillas, en cuyo caso los pies (uno de ellos o ambos) se presentan primero.

Estas presentaciones de nalgas suelen ocurrir aproximadamente en el 3 ó 4% de los nacimientos. Cuando algún factor, durante las semanas finales del embarazo, impide que la cabeza de la criatura entre en la pelvis, lo más normal es que se dé la presentación de nalgas. Cuando la pelvis es muy pequeña, probablemente el bebé nazca de pies. Esto también suele ocurrir cuando la placenta, o algún tumor uterino u ovárico, envuelve la entrada de la pelvis.

También debe señalarse que la presentación de nalgas es más frecuente en los partos prematuros, probablemente porque no ha habido tiempo de que se establezca la presentación más normal de todas, que es la de cabeza.

Aunque ya dijimos que, con la presentación de nalgas, el parto

frecuentemente progresa en forma muy satisfactoria, a veces el alumbramiento se hace ligeramente más difícil para la madre, la criatura y el médico. Este puede, en muchos casos, mediante manipulación externa, voltear al bebé para que se presente de cabeza. Algunos ginecólogos tratan de hacer esto en su mismo consultorio, durante las últimas semanas del embarazo. Sin embargo, otros médicos prefieren no hacerlo. Tienen la tesis de que casi siempre la criatura, espontáneamente, ha de buscar la presentación de cabeza y, efectivamente, es usual que esto suceda durante la última o las dos últimas semanas de gestación.

La parte mayor del cuerpo de la criatura es la cabeza. Si el ginecólogo sabe que la pelvis de la madre resulta demasiado pequeña, generalmente dejará que comience el parto, si el bebé se presenta de cabeza. Luego, si hay dificultades para que nazca, siempre se estará a tiempo de recurrir a la cesárea. Sin embargo, cuando la criatura se presenta de pies, entonces la situación no es tan sencilla. El médico tendrá que decidir de antemano si hay una desproporción notable entre el tamaño de la cabeza del bebé y la pelvis de la madre. Puede ocurrir que ésta sea bastante grande para que pasen los pies y el tronco, pero no la cabeza. Si el médico logra que pasen los pies y el tronco, pero no puede lograr que pase la cabeza también, ya sería muy tarde para recurrir a la cesárea. En caso de duda, para no correr riesgos innecesarios, el ginecólogo decide a favor de la cesárea antes de que se inicie el parto o apenas ha comenzado éste.

INERCIA UTERINA

Durante el parto normal y activo, el útero se contrae firmemente cada dos o tres minutos. Cada contracción comienza en la parte superior del útero, extendiéndose hacia abajo, como si se tratara de una ola. Sin embargo, en los casos de inercia uterina, las contracciones se producen a intervalos muy irregulares. En tales casos, las contracciones no comienzan de arriba hacia abajo, sino más bien en la mitad del útero, extendiéndose entonces en ambas direcciones. Aunque estas contracciones suelen ser tan dolorosas como las normales, no son eficaces para dilatar el cuello del útero. Por consiguiente, es muy probable que el parto se prolongue, con todas las desventajas que ello implica.

La inercia uterina generalmente tiene que ver con la desproporción entre la pequeñez de la pelvis y el tamaño de la criatura. Sin

embargo, también suele sobrevenir cuando la pelvis es demasiado grande, casi siempre cuando se trata de un primer embarazo.

Hay dos métodos para hacer frente a la inercia uterina. Uno de ellos consiste en administrar a la mujer algún narcótico o sedante para hacerla dormir varias horas. Está demostrado que, después del descanso, las contracciones se tornan más eficaces. Otros médicos, en cambio, estiman que el útero debe ser artificialmente estimulado, y para esto existen varias drogas, entre las cuales la principal es la pitocina, que ya ha sido mencionada antes en este libro.

Por lo general, uno de estos dos métodos suele dar resultados. En aquellos pocos casos en que la inercia uterina no es superada al cabo de varias horas, el médico tendrá que decidirse a practicar la operación cesárea.

PROBLEMAS RELATIVOS AL CORDON UMBILICAL

Generalmente, la longitud del cordón umbilical es de dos pies (aproximadamente 61 centímetros), pero a veces es mucho más corto o mucho más largo. No se sabe cuáles son los factores que determinan su longitud.

Si pensamos en lo mucho que el bebé se mueve durante sus nueve meses de vida intrauterina, resulta sorprendente que el cordón umbilical tenga tan pocos nudos y torsiones de verdadera seriedad. A veces, si el cordón es demasiado corto, pueden sobrevenir dificultades circulatorias. Es más probable que esto ocurra a medida que el bebé va avanzando a lo largo del canal vaginal, y estirando el cordón.

Son muchos los que nacen con el cordón umbilical envuelto alrededor del cuello, pero esto no constituye problema en el 99% de los casos. En algunas pocas ocasiones, puede ocurrir que el cordón "enmarañado", o con nudos muy apretados, esté obstruyendo la circulación, sobre todo si es exageradamente largo. Si la circulación queda completamente obstruida durante varios minutos, puede producirse un parto muerto. Por eso, cuando hay signos de complicación, el ginecólogo trata de apresurar el parto o se resuelve a recurrir a la cesárea.

También puede haber problemas circulatorios si, después de la ruptura de la bolsa de aguas, el cordón umbilical se desliza hacia el

canal vaginal antes que el bebé. En tales casos, el cordón pudiera quedar oprimido entre el cuerpo de la criatura y las paredes vaginales. En estos casos, conocidos como prolapso del cordón umbilical, la solución es la misma que ya vimos: apresurar el parto o recurrir a la cesárea.

HEMORRAGIAS Y LESIONES OCURRIDAS DURANTE EL PARTO

Es posible que la criatura se lesione durante el proceso de su nacimiento, pero esas lesiones, en la inmensa mayoría de los casos, son de carácter leve. Hoy día, son rarísimos los casos de lesiones graves en el parto.

Las lesiones son más frecuentes cuando el bebé es demasiado pequeño o demasiado grande. Por ejemplo, la cabeza de un bebé prematuro es tan suave que puede lesionarse por el mero hecho de pasar por el canal vaginal. Por esta razón, los prematuros muchas veces nacen con la ayuda de fórceps. Así, cualquier presión de los tejidos maternos es ejercida contra los fórceps, no contra la cabeza del bebé. Para prevenir tales lesiones, también puede hacerse la episiotomía, que ya mencionamos anteriormente, es decir, una incisión en la abertura del canal vaginal.

Las lesiones más graves son las causadas por hemorragias cerebrales, que solamente suelen presentarse en unos pocos partos extremadamente difíciles. Hoy día, como suele acudirse a la cesárea en los casos de desproporción cefalopelviana, el porcentaje de estás hemorragias ha disminuido considerablemente. Muchos de los bebés que al nacer sufren una hemorragia cerebral se recuperan completamente, aunque no todos son tan afortunados. Si la hemorragia es muy copiosa o se localiza en un punto vital, el bebé puede morir dentro de los dos o tres primeros días. En ciertos casos quizás no muera, pero puede quedar afectado por alguna lesión neurológica permanente.

En algunos casos puede haber dificultad para que los hombros pasen por el canal vaginal, lo que puede dar lugar a fracturas de la clavícula, que no suelen ser serias, y que sanan en un término relativamente breve. Incluso hay casos en que el ginecólogo tiene que fracturar la clavícula deliberadamente, para facilitar el parto. En los casos en que hay dificultad para que los hombros pasen, puede haber algún desgarramiento de los nervios que conducen a

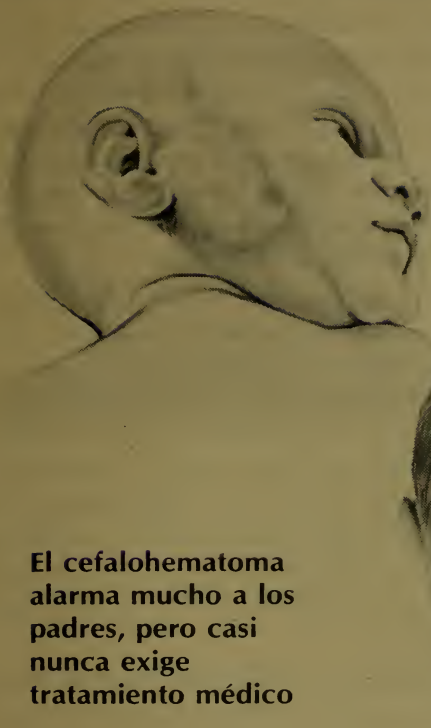
los músculos de la mano y del brazo. Cuando ello ocurre, el brazo queda parcialmente paralizado para el resto de la vida. Sin embargo, a veces en estos casos, gracias a las técnicas actuales, se logra una recuperación definitiva.

Aparte de la clavícula, otros huesos pueden fracturarse durante el parto, pero es rarísimo que ello suceda hoy día. Es más probable que ocurra cuando el bebé es prematuro y, además, se presenta en una posición anormal. En casos así, el médico tiene que practicar ciertas manipulaciones intrauterinas para facilitar el parto, lo que requiere que a la mujer se le aplique anestesia local o raquídea. Como tales agentes anestésicos no relajan el útero, es posible que haya que ejercer demasiada fuerza. En estos casos, el ginecólogo a veces opta por recurrir al éter que si bien es indeseable para los partos prematuros, suele ser el mal menor. O se recurre a otra anestesia, pues ya el éter casi nunca se usa.

Las marcas que se ven en la piel de muchos bebés recién nacidos, generalmente no pueden considerarse como lesiones provocadas por el parto. Los fórceps casi siempre dejan algunas marcas, especialmente en los niños de piel muy clara. En los partos muy difíciles, si se usan fórceps, es posible que éstos compriman el nervio facial. Esto puede dejar una debilidad transitoria de los músculos faciales del lado afectado. También se puede notar cuando el niño llora, una cierta asimetría de la boca, que casi siempre desaparece en cuestión de uno o dos días. Los fórceps no causan lesiones permanentes del nervio facial. (Ha habido algunos casos, pero son verdaderas rarezas en los anales de la Medicina.)

EL CEFALOHEMATOMA

Otra situación inofensiva es el cefalohematoma. Esta es una protuberancia prominente y redondeada, muy suave e inestable, en uno de los lados de la cabeza del bebé. Estas protuberancias suelen tener aproximadamente una pulgada (2,5 centímetros), de diámetro. Cuando los padres las notan, se alarman muchísimo, pero dichas protuberancias son inofensivas y no exigen tratamiento alguno. El cefalohematoma no es más que una acumulación de sangre entre el cuero cabelludo y los huesos del cráneo. Se produce cuando alguna pequeña vena del cuero cabelludo es desgarrada. Esa sangre acumulada irá siendo gradualmente absorbida, hasta que la protuberancia desaparece del todo.



Marca muy ostensible dejada por los fórceps. Las mismas suelen desaparecer en un término relativamente corto

El cefalohematoma alarma mucho a los padres, pero casi nunca exige tratamiento médico

LA CESAREA

La cesárea consiste, esencialmente, en el alumbramiento a través de una incisión quirúrgica en las paredes uterinas. Como es bien sabido, a esta operación se le dio el nombre de cesárea por la creencia popular de que Julio César nació de tal manera. Por supuesto, no hubo tal cosa ni la cesárea se utilizó hasta mucho después de los tiempos de César. Hace unos cuantos años, era muy elevado el índice de mortalidad en los casos de cesárea. Por cosiguiente, sólo se acudía a la misma como un último recurso. La situación, hoy día, ha cambiado totalmente, al extremo de que la cesárea se ha convertido en uno de los métodos más seguros para el alumbramiento. Durante las últimas décadas, ha habido una sorprendente y radical disminución en el número de muertes por cesárea, a la vez que ha aumentado el número de casos en que se recurre a esta operación. Se calcula que, hoy día, se acude a la cesárea aproximadamente en más del 5 por ciento de los casos.

Paradójicamente, muchos ginecólogos señalan que lo peor de la cesárea es, justamente, lo fácil y segura que hoy resulta. Debido a esto, se ha desarrollado una tendencia casi natural a recurrir a la cesárea tan pronto surge la menor complicación, olvidando que el parto natural sigue siendo el mejor método para la inmensa mayoría de las mujeres, incluyendo a muchas con serias complicaciones. En otras palabras, se ha estado abusando innecesariamente de esta operación, igual que en la medicina moderna se ha estado abusando también de los antibióticos y de los tranquilizantes. Llega un punto en el que hay que rectificar.

Hasta hace relativamente poco tiempo, la incisión abdominal solía hacerse verticalmente, en la línea media debajo del ombligo. Generalmente de 15 centímetros (6 pulgadas) de largo, pero actualmente se está haciendo en forma horizontal en la parte más baja del útero. A la primera forma se le llama clásica,y a la segunda de bikini, porque no impide que la mujer, una vez repuesta de la operación, use esta prenda. Pero no es sólo una ventaja de tipo estético la que presenta esta clase de incisión; existen otras mucho más importantes. La incisión transversal es mucho más fácil de reparar en caso de una ruptura; además, admite la posibilidad de partos naturales posteriores.

Una de las peores complicaciones de la cesárea son las infecciones. Para prevenirlas, fue que se concibió la idea de hacer la incisión a través del segmento inferior, delgado, del útero. Cuando se aplica esta técnica, una porción delgada del peritoneo cubre la incisión uterina, aislándola y protegiéndola contra posibles infecciones. Estas, hoy día, son mucho menos frecuentes y mucho menos graves que en el pasado. Además, con la técnica últimamente mencionada, hay menos complicaciones de todo tipo, y la cicatrización es mucho mejor.

Hay muchas razones que justifican el recurrir a la cesárea. La más común es que la cesárea se haya practicado ya en un parto previo. Las cesáreas de "repetición" son las más frecuentes de todas. Una vez que se ha practicado la primera cesárea, muchos ginecólogos estiman que habrá que volver a practicarla en todos los partos subsiguientes. Entienden que la pared cicatrizada del útero puede quedar muy debilitada y, con el esfuerzo de un nuevo parto, la misma pudiera "ceder", lo que representaría un grave peligro para la madre y la criatura. Esto, sin embargo, que era un "dogma de fe" hasta hace unos pocos años, ya no está tan generalmente aceptado por la Ginecología actual, y cada vez es mayor el número de los contradictores de la vieja regla, según la

cual el hecho de practicarse una primera cesárea obliga a que se haga lo mismo en los subsiguientes partos.

No obstante, para que después de haber sufrido una operación cesárea la mujer pueda dar a luz naturalmente, es necesario que se cumplan ciertos requisitos, como son el que la cesárea no se practicara debido a estrechez pelviana u otros defectos de configuración que en todo caso imposibilitarían el nacimiento de la criatura; que la mujer esté consciente del riesgo que corre y esté dispuesta a asumirlo; que se tenga preparado, en el momento del parto, todo lo necesario para realizar una intervención en caso de que ocurriera la ruptura del útero.

Otra razón común para la cesárea es la llamada desproporción cefalopelviana: la pelvis resulta demasiado pequeña para acomodar a la criatura. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con pelvis pequeña pueden dar a luz normalmente sin necesidad de cesárea, con el único inconveniente de que el parto resulte un poco más lento. La proporción de mujeres para las cuales el parto vaginal normal es una verdadera imposibilidad física, resulta reducidísima en la práctica. En muchos casos, es la inercia uterina o la presentación de la criatura el factor que decide al ginecólogo a optar por la cesárea, no tanto la estrechez de la pelvis en sí. Por eso, en los casos de estrechez pelviana, casi siempre se prefiere esperar a que se inicie el proceso del parto. Si éste amenaza con complicarse o extenderse anormalmente, entonces se recurre a la operación. Esta suele resultar más fácil cuando se hace varias horas después del comienzo del parto, ya que para entonces el segmento inferior del útero se ha agrandado. (Véanse también las referencias que ya se hicieron a la operación cesárea cuando tratamos de las distintas formas de presentación de la criatura.)

La cesárea también puede practicarse cuando el médico tiene buenas razones para suponer que el bebé no sobrevivirá a un parto normal. Puede haber interferencias que interrumpan el suministro de sangre a la criatura, que podría resultar afectada por la anoxia (falta de oxígeno). El médico puede darse cuenta de este problema por los cambios que se registran por la decoloración del líquido amniótico.

Si estos síntomas se presentan casi al final del parto, el médico hará todo lo posible por apresurar el alumbramiento. Sin embargo, cuando sobrevienen al principio del parto,y es probable que éste demore unas cuantas horas más, entonces la operación cesárea puede ser la única alternativa para salvar la vida a la criatura. En algunos casos extremos, el factor tiempo es de vital importancia, y

la cesárea debe entonces ser enfocada como la reacción ante una emergencia.

Hay ciertas complicaciones que traen como resultado una alta proporción de partos muertos. Entre ellas, figuran la diabetes y algunas enfermedades renales de la madre. En tales casos, para proteger la vida de la criatura, lo mejor es que la madre dé a luz entre tres y cinco semanas antes del término normal de la gestación. En muchos de estos casos, se acude a la cesárea, ya que se considera peligroso inducir o provocar el parto por otros métodos artificiales.

En los casos de toxemia, muchas veces conviene acudir a la cesárea. En tales casos, lo ideal sería el parto vaginal, pero a menudo no es posible provocarlo y, por ello, debe recurrirse a la intervención quirúrgica.

No hay un tipo único de anestesia que sea el mejor para todos los casos de cesárea. Puede recurrirse a la anestesia general o a la anestesia regional. Generalmente el tipo de complicación existente será el que determine la selección de la anestesia que habrá que aplicarse.

Después de toda operación abdominal —y la cesárea no es una excepción de la regla— suele haber dolores y molestias abdominales por espacio de dos o tres días, así como irritaciones del diafragma, que se reflejan en dolores localizados en los hombros. Sin embargo, en los casos de cesárea, estos dolores no son muy severos, y casi siempre pueden aliviarse con algún sedante prescrito por el médico. Hacia el tercer día aproximadamente, el tracto intestinal, cuya actividad disminuye mucho después de la operación, comienza a funcionar normalmente de nuevo, y entonces muchos pacientes experimentan molestos y agudos dolores por gases. Esto, que tanto puede perturbar al paciente, generalmente es una "buena nueva" para el cirujano. Si los gases pueden desplazarse normalmente por el tracto intestinal, ello constituye una magnífica señal de que no hay infecciones capaces de paralizar el intestino.

En cuanto al tiempo de hospitalización, lo tradicional, después de una cesárea, era prolongarlo durante siete u ocho días. Hoy, en cambio, casi todos los cirujanos permiten una hospitalización más breve aunque mayor que la del parto normal.

En cuanto al tiempo que debe esperarse para una nueva concepción, no hay regla fija. Son muchas las mujeres que conciben de nuevo tres o cuatro meses después de una cesárea, y tienen un embarazo y un parto normales.

XI - LA PARTICIPACION DEL PADRE

La participación del marido en el alumbramiento de su mujer no es un requisito especial de los distintos sistemas de parto natural. Sin embargo, tiene tantas ventajas que, en los últimos años, la participación activa del hombre está vinculándose cada vez más a dichos sistemas. Hoy día, ya se cuentan por miles los hombres que, bajo supervisión médica y previo un prudencial entrenamiento, han asistido activamente a sus mujeres en el proceso del parto. Muchos de ellos, aun los más serenos y dueños de sí, confiesan haberse sentido un poco "acobardados" en el primer momento, es decir, al entrar al salón de partos junto con su esposa y darse cuenta que el nacimiento de su hijo es ya inminente. Sin embargo, con el apoyo del médico y del personal facultativo que está presente, casi todos se han sobrepuesto de inmediato a ese instante de "debilidad" o de pánico momentáneo y, una vez que ha pasado todo, son los primeros en alegrarse íntimamente, igual que sus esposas, de la participación que han tenido.

Desde tiempos muy antiguos, se ha reconocido siempre la necesidad sicológica y emocional de la mujer, en cuanto a tener una estrecha relación humana sobre la que apoyarse en los momentos de dar a luz. Esta función, hace varias generaciones la cumplían las "comadres", y todavía la siguen cumpliendo en

lugares pequeños, apartados o muy tradicionales, donde no han penetrado suficientemente los adelantos de la Obstetricia.

Esa ayuda o cooperación de las comadronas, aunque sin duda tiene sus puntos positivos, por la tranquilidad que da a la mujer el verse rodeada de otras mujeres, generalmente mayores que ella y supuestamente experimentadas en estos lances, también puede resultar indeseable, por distintas razones. Por una parte, hay comadres y parientas que, lejos de contribuir a calmar a la mujer, lo que hacen es alarmarla inútilmente, con caras de preocupación propias de quien espera lo peor y considera el parto como una especie de "mal necesario". Además, esas mujeres generalmente carecen de una adecuada preparación científica y, aunque puedan haber adquirido una valiosa experiencia práctica, muchas veces se dejan llevar por mitos y supercherías totalmente infundados en relación al parto.

Desde luego, no estamos incluyendo aquí a las comadronas facultativas o graduadas, que sí han recibido, en escuelas especializadas, una formación que las capacita para actuar en los partos, muchas veces sin necesidad de supervisión médica directa. Más aún: en la actualidad hay todo un movimiento, en los círculos médicos internacionales, favorable a una nueva reevaluación del mérito profesional de las comadronas, con vistas a que éstas readquieran la importancia que tuvieron en un pasado, especialmente en lugares donde haya escasez de médicos.

Después de la época de las comadronas no facultativas, la Obstetricia fue haciendo cada vez mayores avances, y el enfoque profesional del parto llegó a "tecnificarse" demasiado, quedando revestido de cierta frialdad clínica, lo que tiene sus ventajas, pero también presenta el inconveniente de relegar a un plano muy inferior las necesidades emocionales y humanas de la mujer, más aún de las primerizas.

Para subsanar esta deficiencia, muchos obstetras, sicólogos y promotores del parto natural han llegado a la conclusión de que lo más acertado es involucrar al padre activamente en el proceso. Por eso decíamos antes que en muchos lugares los cursillos de preparación para el parto natural incluyen no solamente a la futura madre, sino también a su marido.

De esta manera, el hombre es preparado para poder ser un mejor compañero de su mujer durante los meses de embarazo y para participar en todo el proceso del alumbramiento, acompañándola desde que empiezan a manifestarse los primeros dolores

e incluso durante el parto mismo, presente en el salón junto al médico, las enfermeras y demás personal auxiliar.

El grado de intervención del padre en la mecánica del parto varía mucho, según las convicciones personales del obstetra que esté al frente del caso. A veces, la función del hombre se reduce a la de acompañante que proporciona tranquilidad, seguridad y ánimo. Otras veces, el hombre está perfectamente al tanto de las técnicas respiratorias y de relajación muscular que debe ir aplicando la mujer a lo largo de las sucesivas fases del alumbramiento, y él mismo es quien la va dirigiendo y aconsejando para que emplee dichas técnicas correctamente y en su momento oportuno.

Por último, hay médicos que son partidarios de que esa participación sea mucho más activa aún, y preparan al hombre para que, prácticamente, sea él mismo quien "partee" a su mujer, aunque siempre bajo la directa e inmediata supervisión del obstetra y de las enfermeras, quienes irán guiando al hombre en lo que debe ir haciendo; ellos no intervendrán, a menos que en el momento surja alguna complicación que así lo requiera.

Además de las innegables ventajas sicológicas que esta compañía y participación del marido representa para la mujer, también hay sicólogos que señalan que el hombre ingresa en la paternidad en una forma mucho más positiva si ha participado, más o menos activamente, en el momento culminante del nacimiento de su hijo. Por lo general, al hombre que se involucra decisivamente en el proceso del embarazo y el parto, luego se le hará más fácil y natural compartir con su mujer, día a día, la responsabilidad de la crianza, atención y educación de los hijos, sintiéndose mucho más unido a ellos. A este hombre no le importará cambiar pañales, pasar malas noches, preparar biberones, dar de comer al niño, etc. La mujer, por su parte, no tenderá a excluirlo de esas actividades, acaparándolas ella, por considerar a su marido desmañado.

En Estados Unidos, por ejemplo, hace cinco o seis años, apenas había un 10%, entre los 7.000 hospitales del país, que ofrecieran cursos de preparación para el parto natural. Hoy día, por el contrario, es raro encontrar uno que no los ofrezca, a menos que sea de los más pequeños, y también ha aumentado sorprendentemente la proporción de parejas que toman esos cursos. En la mayoría de ellos, se siguen los lineamientos generales del método Lamaze. Sin embargo, fue un ginecólogo del estado de Colorado, el doctor Robert Bradley, quien más impulso dio, a partir de la década de los años 50, a la participación activa del hombre en el

salón de partos. Bradley no enfatiza tanto la importancia de las técnicas respiratorias, y más bien enseña a la mujer a concentrarse en la idea de que el parto, con activa participación de ella y de su marido, constituye una experiencia sicológica altamente positiva.

DESPUES DEL PARTO: LA PAREJA Y SUS HIJOS

Como hemos señalado varias veces, mientras más activamente participe el padre en todo el proceso del embarazo y del parto, mayores son las probabilidades de que luego se apreste, sin necesidad de que lo urjan y sin que le parezca un desagradable sacrificio, a compartir con su mujer todas o casi todas las tareas diarias concernientes al cuidado y a la atención del bebé y de los otros niños, estando también más dispuesto a ayudarla en otras faenas domésticas.

A este respecto, la eminente antropóloga Margaret Mead, especializada en el estudio de las culturas primitivas, señala que, en cierto sentido, es deseable una vuelta a las costumbres de esos pueblos, a los que calificamos de "incivilizados". La doctrina Mead explica que, en las sociedades que viven básicamente de la caza y de la pesca, los hombres suelen tener mucho tiempo libre después de la realización de tales actividades, e invierten buena parte de ese tiempo en estar con sus hijos pequeños, atenderlos y jugar con ellos, liberando a la mujer para que se ocupe de otras cosas. "No es de extrañar", afirma, "que en tales sociedades los hijos se sientan íntimamente unidos no sólo a la madre que los lacta, sino también al padre, que comparte muchas horas con ellos".

En la sociedad contemporánea, también se ha observado el hecho de que los hombres que se ganan la vida con trabajos más simples o humildes son los que espontáneamente más tienden a ayudar a sus mujeres en sus hogares, y a pasar más tiempo

ocupándose de sus hijos. En cambio, los que desempeñan trabajos de mayor rango o importancia social y profesional, o los que ocupan puestos de mayor responsabilidad, a pesar de gozar de una mayor preparación cultural, son precisamente los que menos participan en el proceso de la atención, cuidado y educación de los niños.

La sicología actual nos dice bien claramente que es imperativo contrarrestar esta tendencia. Por muchas que sean las responsabilidades del hombre en la sociedad actual, de alguna manera tiene que arreglárselas para no excluirse a sí mismo del contacto activo y diario con sus hijos. La mujer, advertida de esto, en lugar de resignarse pasivamente a una actitud de desinterés por parte de su compañero, es la que mejor puede influir sobre él para que no descuide sus funciones de padre, alentándolo a desempeñarlas, lo mismo si se trata de varones que de niñas.

Algunos padres piensan, equivocadamente, que pueden empezar a relacionarse con sus hijos cuando éstos ya estén en los umbrales de la adolescencia. Mientras tanto, creen que la madre es la que debe correr exclusivamente con los diferentes aspectos de la vida cotidiana del niño. Estudios realizados demuestran ampliamente que, en casi todos los casos, el padre fracasa en su intento de establecer una comunicación efectiva y dinámica con su hijo, si espera para iniciarla a que el hijo sea ya un adolescente. Esa relación, basada en el cariño, en la confianza recíproca y en el mutuo respeto, tiene que iniciarse desde mucho antes, y una forma excelente de hacerlo, como hemos apuntado, es involucrar al marido, tan activamente como sea posible, en el proceso total del embarazo y del parto. En algunos países se han establecido ya, a nivel de secundaria, cursos especiales de preparación para la vida familiar, que se imparten a estudiantes de ambos sexos en los años preuniversitarios. Donde existen, la experiencia ha demostrado que los estudiantes disfrutan de los mismos y los toman muy en serio. Tales cursos, sin lugar a dudas, tienen mucho que contribuir a la formación de mejores parejas y mejores padres para el futuro.

XII - CUIDADOS DE LA MUJER CON POSTERIORIDAD AL PARTO

Los cambios físicos que ocurren durante la gestación se deben principalmente a la acción de las hormonas de la placenta. Hacia el final del embarazo, esas hormonas femeninas han aumentado mucho, y el organismo de la mujer se ha acostumbrado a ellas. Al ser expulsada la placenta, el cuerpo se encuentra súbitamente privado de dichas hormonas.

También ocurren otros cambios inmediatos. El volumen de sangre, por ejemplo, disminuye rápidamente. Cesa la retención de líquidos y, por consiguiente, es normal que, durante los dos primeros días siguientes al alumbramiento, la mujer excrete una exagerada cantidad de orina. La mujer pierde entre 2½ y 3 Kg (5,5 y 6,5 lb) de peso, quizás un poco menos. Si a esto añadimos el peso de la criatura y de la placenta, la pérdida de peso en la mujer, escasamente en un par de días, oscila entre 6 y 7½ Kg (13 y 16 lb), poco más o menos. A lo largo de la siguiente semana perderá entre 1 y 5 Kg (2,2 y 11 lb) más, dependiendo de la cantidad de líquido que el organismo retenía durante la gestación. La inflamación y la "llenura" de la cara, característica del embarazo, desaparecen casi de súbito. Todo ello determina que resulte notable lo mucho que

cambia la apariencia física de la nueva madre en cuestión de muy pocos días.

Después de la expulsión de la placenta, hay algún sangramiento procedente del sitio donde la misma estaba unida al útero. Ese sangramiento continúa hasta que se complete el proceso de cicatrización, lo que toma poco menos de un mes. En los primeros días, el sangramiento será bastante copioso, más o menos como el que la mujer acostumbraba a tener durante el primero y el segundo días de sus menstruaciones. Es probable que deba cambiarse las servilletas sanitarias hasta cuatro veces en el día. Pero, poco a poco, esas pérdidas van haciéndose mucho más ligeras, y su color se torna mucho más claro, hasta que desaparecen por completo en un término de 4 a 5 semanas.

Inmediatamente después del parto, es normal que haya un flujo bastante copioso. Hay que considerar que los vasos sanguíneos uterinos corren a través de espesas y "enmarañadas" masas musculares, que son las que forman las paredes del útero. Este órgano, al final del embarazo, recibe un tremendo suministro de sangre (entre 1/5 y 1/4 de toda la que sale del corazón). Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, esos vasos sanguíneos están muy abiertos. Los músculos uterinos "descienden" y ejercen presión sobre esos vasos, evitando así que la pérdida de sangre, durante el parto y en los días subsiguientes, llegue a ser excesiva. Medicamentos como la pitocina y la ergonovina se administran al tiempo del parto, ya que los mismos son eficaces para producir fuertes contracciones del músculo uterino, lo que garantiza que éste no se relaje.

Cuando los músculos del útero se contraen, la mujer experimenta un dolor o molestia similar a los calambres menstruales o a los dolores de parto. Dichos dolores pueden prolongarse por tres o cuatro días, por lo que muchas veces el médico prescribe un par de tabletas de aspirina, combinadas con algún otro medicamento, como la codeína, para aliviarlos. En algunas mujeres, estos dolores que siguen al alumbramiento son peores en el segundo o tercer parto, y no son tan intensos en el primero. Esto se explica porque en los ulteriores partos el útero se encuentra un poco más estirado y relajado; por consiguiente, necesita contraerse más para regresar a lo normal.

Las mujeres que comienzan a lactar a su hijo recién nacido probablemente experimenten más los dolores de que habla-

LAS VENTAJAS DE DAR EL PECHO A SU HIJO

Hoy en día la mayoría de los médicos recomienda a las madres que, siempre y cuando sea posible, le den el pecho a sus bebés. La razón principal es que la leche de la madre está especialmente preparada para suplir las necesidades alimenticias del niño y tiene, además, otros muchos efectos beneficiosos.

En primer lugar, la proteína de la leche materna puede ser digerida mucho más fácilmente por el aparato intestinal de los bebés que la de, por ejemplo, la leche de vaca. También las grasas que contiene se absorben mucho mejor.

La leche de la madre contiene sustancias especiales que evitan el desarrollo de las bacterias nocivas que puedan formarse en el intestino del niño.

Aunque la leche materna no tiene mucho hierro, sí posee la cantidad exacta que el recién nacido necesita. El hecho de que el contenido de hierro sea bajo tiene sus ventajas, ya que este mineral, en grandes cantidades, neutraliza parcialmente el efecto de las sustancias que evitan el crecimiento de bacterias en el intestino del niño.

El calostro, que es la primera sustancia que secreta el pecho de la madre, antes de la leche, contiene anticuerpos que protegen al niño de infecciones durante sus primeros meses de vida, durante los cuales está más propenso a enfermarse.

Al lactar, también se evita la posibilidad de contaminación que existe al preparar la fórmula.

Dar el pecho es también de gran beneficio para la madre, ya que hace que el útero de la mujer, alterado durante el parto, recobre su tamaño normal más rápidamente.

Por el lado sicológico, la lactancia es una de las experiencias más satisfactorias que pueda gozar una madre. La interacción directa entre la mujer y su bebé es de suma importancia para la salud emocional del niño. Es la mejor manera de fomentar, desde el principio, el afecto que existirá entre la madre y el hijo.

Si en la práctica no fuere posible lactar por varios meses, se puede, después de un corto tiempo, utilizar el régimen de lactancia mixta que consiste en alternar las tomas del pecho con las del biberón. Lo importante es que durante las tomas la madre mantenga un contacto personal, directo y amoroso con el niño para que él se sienta seguro y protegido.

.nos, pero esto no debe interpretarse como un argumento contra la lactancia natural, que tiene muchas otras ventajas, como más adelante señalaremos en este libro. Se cree que el útero retorna más pronto a su condición normal en las mujeres que lactan, y es por eso que en ellas los dolores siguientes al parto pueden ser más molestos durante los primeros días. No existiendo conexiones nerviosas que vinculen a los senos con el útero, se piensa que esos dolores, intensificados por la lactancia, sean el resultado de la acción de alguna hormona dentro del torrente sanguíneo, que provoca fuertes contracciones uterinas. Cuando esa hormona llega al útero, se produce una marcada contracción, y la madre siente el dolor. En algunos casos, esta situación se complica debido a factores sicológicos. Por ejemplo, es posible que la madre experimente dolor físico ante cualquier estímulo que ella asocie con la lactancia. A veces, sólo de oír llorar al niño, ya siente el dolor. Se trata de lo que los sicólogos llaman un reflejo condicionado.

Además de esas molestias, la mujer experimentará cierta incomodidad producida por las suturas. La episiotomía es una incisión que se hace en un área muy sensible; por tanto, no es nada extraño que la mujer luego sienta molestias. Por regla general, éstas serán mayores mientras más grande haya sido la incisión. De todos modos, estos dolores suelen ser menores, y se alivian con algún calmante que prescriba el médico, o con aplicaciones de calor, ya sea en forma de una ducha caliente o con el uso de una lámpara de calor. Algunos médicos prescriben anestésicos locales, ya sea atomizables ("spray") o en forma de ungüento o pomada.

Algunas mujeres, después del parto, experimentan inflamación de los tobillos, aun en los casos en que este síntoma no se haya presentado durante la gestación. No hay motivos para alarmarse, ya que esa inflamación va a desaparecer en cuestión de muy pocos días, y tampoco es necesario restringir el consumo de sal (como sí lo es cuando dicho síntoma ocurre en el embarazo).

Otro problema suele ser el causado por las hemorroides. Durante el parto, las venas dilatadas, alrededor del ano, pueden inflamarse y volverse muy sensibles, ocasionando molestias que se prolongan durante unos pocos días.

Sin embargo, para muchas mujeres, no son estos síntomas físicos, que hemos estado explicando, lo peor de los días subsiguientes al parto. En buen número de casos, lo peor sue-

le ser una indefinida sensación de depresión. Muchas mujeres están convencidas de que la depresión posterior al parto, de la que tanto se habla, es algo inescapable. En realidad, no es así. Muchas mujeres nunca llegan a experimentarla, de modo que no hay que estar contando con ella como si fuera algo obligado que va a producirse automáticamente.

También es importante recalcar que, en la inmensa mayoría de los casos, esa depresión es de muy corta duración y casi nunca llega a ser severa. Son muy pocos los casos que exigen tratamiento. Por lo general, un poco de comprensión, amabilidad y dulzura, por parte del médico, las enfermeras, el marido y demás personas que la rodeen, es todo lo que la nueva madre necesitará para sentirse mejor. Solamente en casos excepcionales se necesitará acudir al siquiatra y, aun en estos casos, la recuperación emocional de la mujer no debe ser difícil ni tardar mucho.

Es bastante común que, al cabo de seis semanas, poco más o menos, la nueva madre se queje a su médico de sentirse exhausta. Muchas comentan que creen que salieron del hospital demasiado pronto, y afirman que les hubiera ido mejor si hubieran prolongado un poco más su hospitalización. Sin embargo, una estadía más larga en el hospital, si la salud de la madre realmente no la exige, no es tampoco la solución ideal. Mucho mejor es que la nueva madre, al regresar a casa, pueda contar con la ayuda práctica y eficaz de algunas personas (su marido el primero), para que ella pueda descansar lo suficiente, aunque también se ocupe de su hijo.

Lo ideal es que el hombre colabore lo más posible, y podrá hacerlo si pone de su parte, especialmente si ha tomado junto con su mujer algún curso de preparación para el parto y la paternidad.

La ayuda de otras personas (madre, suegra, hermanas, tías, amigas, etc.) también es bienvenida, siempre y cuando esas personas sean lo suficientemente inteligentes y discretas para saber cómo prestarla. Nada puede ser tan perjudicial para la nueva madre, y para la pareja, como una parienta dominante, que quiere dirigirlo y acapararlo todo inflexiblemente, tratando de imponer su criterio, lo que hace sentir a la nueva madre muy ineficiente, y la llena de desconfianza y de falta de seguridad en sí misma. Ese tipo de ayuda en realidad no lo es. La mamá, suegra, tía, etc., que esté a cargo de acompañar y ayudar a la nueva madre, deberá de hacer todo lo posible

para quitarle a ésta de encima trabajos físicos que la fatiguen, pero no debe, en modo alguno, tratarla como si fuera un ente sin personalidad. Los nuevos padres son los que deben, desde un principio, tomar coordinadamente las decisiones que procedan. Pueden necesitar ayuda práctica, e inclusive algún consejo ocasional, impartido oportunamente y en forma discreta. Lo que **no** necesitan es una persona que pretenda dirigirles su vida y su hogar, excluyéndoles de la atención y el cuidado de su hijo. Ante este peligro, es preferible que la pareja, aunque pase apuros, se las arregle sin una ayuda que fácilmente puede llegar a ser muy negativa. También es recomendable, si las circunstancias económicas lo permiten, que la pareja tome alguna persona para que, al menos provisionalmente o algunos días a la semana, se ocupe de las faenas más pesadas de la casa.

LA NUEVA MAMA TAMBIEN DEBE PENSAR EN SI MISMA

Esa poderosa fuerza que solemos llamar el "instinto maternal" hace que la mujer, al verse con la alegría y la responsabilidad de un hijo, de un bebé recién nacido que depende enteramente de ella para la satisfacción de todas sus necesidades, tienda a concentrar en él toda su atención, olvidándose un poco de sí misma y de que ella, a su vez, también tiene necesidades que no deben quedar desatendidas. Es preciso, por tanto, que la mujer luche por mirar la situación desde una perspectiva mucho más serena y equilibrada. Su esposo, su médico y las personas que la rodean podrán ayudarla mucho a adquirir ese enfoque balanceado que tanto va a facilitarle la vida diaria.

Hoy en día, la mujer que ha dado a luz, si no ha habido complicaciones en el parto ni con posterioridad a éste, permanece muy pocos días en el hospital. Una vez que llegue a casa, le ayudará mucho tratar de aplicar los siguientes consejos, especialmente durante las primeras semanas:

1. Procurar acostarse temprano en la noche, y organizar su horario para poder tomarse un breve descanso, en casa, a media mañana y también a media tarde.
2. No abstenerse totalmente de subir y bajar escaleras, pero tratar de no hacerlo más de unas pocas veces en el día.
3. No abstenerse de guiar su automóvil, pero evitando los recorridos innecesariamente largos.
4. Pasar un buen rato diariamente al aire libre, aun con temperaturas frías, pero evitando el exceso de sol.
5. Si las visitas le fatigan y le roban mucho tiempo, decir gentilmente a las amistades, con toda franqueza, que prefiere no recibir visitas en un período de dos semanas.
6. Reservar algún tiempo diario para compartirlo con el esposo y los otros hijos, de modo que nadie en la familia se sienta excluido por la llegada del bebé.
7. Seguir fielmente todas las instrucciones de su médico respecto a la alimentación, el baño, los ejercicios físicos a realizar, medicamentos que deben tomarse, etc., sintiéndose libre de aclarar cualquier duda con el profesional.

XIII - ANTES DE SALIR DEL HOSPITAL

Todavía se discute qué es mejor durante los días en que la nueva madre permanece hospitalizada: si tener al recién nacido con ella en su mismo cuarto, o si el bebé debe permanecer en un pabellón o "creche" especial que muchos hospitales tienen para los recién nacidos.

Hace unos cuantos años, se pensaba que la separación era el sistema ideal, y muchos hospitales, en el mundo entero, lo adoptaron. Se creía que esto era lo mejor, para dar a la mujer la oportunidad de descansar y reponerse, y también para mantener al recién nacido, durante sus primeros días de vida, en óptimas condiciones de higiene.

Sin embargo, de unos pocos años a esta parte, esas ideas han estado siendo sometidas a revisión. Los sicólogos se encargan de decirnos que, para que la relación emocional y afectiva entre madre e hijo se inicie bajo los auspicios más favorables, es necesario que, desde el principio mismo, ambos no sean separados. Nos aseguran que el contacto físico directo, entre madre e hijo, reviste una considerable importancia emocional, que no debe ser pasada por alto.

Estas ideas de la sicología moderna han ganado mucha aceptación y, en la práctica, se ha llegado a un criterio de transac-

ción o compromiso. Hoy en día, muchos hospitales continúan manteniendo sus pabellones o creches para recién nacidos, pero el bebé no pasa allí la mayor parte del tiempo, sino con su madre en el cuarto de ésta. Solamente a ciertas horas, para que la mujer pueda descansar y dormir tranquila, sin interrupción, en los primeros días, el bebé es llevado a la creche. También se le lleva a ésta durante las horas de visita, para que no esté expuesto, en los primeros dos o tres días de su vida, al contacto directo con personas que llegan de la calle y que pudieran transmitirle o contagiarle alguna enfermedad. A estos visitantes se les da la oportunidad de que conozcan al bebé a través de un cristal.

Muchos médicos y sicólogos opinan que precisamente las primerizas, y las mujeres que se sienten más temerosas ante las responsabilidades de la maternidad, son las que más se benefician con el sistema de estar junto al recién nacido la mayor parte del tiempo, pues inmediatamente se acostumbran a estar pendientes de él y, en la práctica, aprenden por sí mismas que la tarea no conlleva dificultades insuperables ni agobiadoras.

Por último, se ha demostrado que, en general, las madres que pasan más tiempo con sus hijos recién nacidos mientras están en el hospital, luego son las que se sienten más confiadas, seguras y tranquilas al llegar con el bebé a casa.

EL EXAMEN MEDICO DEL RECIEN NACIDO

En realidad, la evaluación médica de la salud y condición del recién nacido comienza con la historia clínica del embarazo. El médico que examine a la criatura, si no es el mismo que atendió a la mujer durante la gestación, querrá saber todo lo concerniente a la forma en que se desarrolló el embarazo, y también pedirá información sobre embarazos y partos prematuros, si sus otros hijos han sido sanos y normales, etc. Además, querrá estar informado acerca de los medicamentos que la mujer tomó durante la gestación, y necesitará saber cuál es el tipo sanguíneo de la madre.

El médico experimentado puede llegar a ciertas conclusiones preliminares y básicas, sólo con mirar al recién nacido.

Los avances de la Pediatría moderna han reducido sustancialmente los porcentajes de mortandad infantil. Entre los padres y el pediatra debe establecerse una relación positiva y cordial, de la cual el niño será el primero en beneficiarse. Los padres, además, deben recordar que una de las funciones básicas del pediatra no es sólo la de curar enfermedades ya declaradas, sino también la de PREVENIR, en la medida de lo posible, que se manifiesten.

Desde luego, aunque se sienta satisfecho con lo que ve, ya es cosa rutinaria, hoy en día, someter al bebé a una serie de exámenes y pruebas, para no correr innecesarios riesgos, por muy sano y normal que el niño parezca a simple vista.

El bebé nacido antes de haber madurado completamente durante su vida intrauterina, generalmente será más pequeño y pesará menos que el promedio. Tendrá la piel mucho más fina, con menos grasa subyacente.

Muchos bebés, durante los primeros dos días, tienen azulados o cianóticos los dedos de las manos y de los pies, a consecuencia de una circulación sanguínea un tanto lenta. Este es un fenómeno bastante normal. El resto del cuerpo suele tener una coloración más bien sonrosada y, en cuestión de muy pocos días, los dedos también la adquieren.

La respiración del bebé es uno de los factores más reveladores. Por lo general, los bebés normales respiran con mucha rapidez (de 60 a 70 veces por minuto), inmediatamente después del nacimiento. Más o menos 12 horas después, el ritmo decrece a 40 respiraciones por minuto, constituyéndose así el tipo respiratorio del recién nacido. Por encima de esta frecuencia, debe sospecharse que algo no está funcionando bien. Pero lo más importante es que la respiración no sea trabajosa. Si lo es, posiblemente haya una dificultad pulmonar.

El médico también escucha atentamente el vigor y la calidad del llanto del bebé. Ese llanto le da información al médico acerca de los conductos respiratorios, de las cuerdas vocales y de la fortaleza general del recién nacido. Este, ante un estímulo táctil, tiende a mover sus cuatro extremidades, lo que da oportunidad al médico de observar su desenvolvimiento motor. El llanto trae los músculos faciales a un primer plano, y el profesional los observará en busca de posibles anormalidades. Cuando el niño llora vigorosamente, su color varía de un rosado pálido a un rojo bastante intenso, lo que constituye un fenómeno normal. También, al tomar al bebé en brazos, el médico puede captar algunas impresiones acerca de la tonicidad muscular general.

Muchas de las reacciones del recién nacido van a verse alteradas un poco durante sus primeros días de vida. El nacer, para el bebé, ha sido una experiencia que podemos calificar como un tanto traumática. No es de extrañar, por consiguiente, que se sienta prácticamente "agotado" por un período de 24 ó 48 horas después del nacimiento. El bebé, orgánica y sicoló-

gicamente hablando, todavía no se ha "organizado" para vivir en el mundo exterior, y ello se refleja en su comportamiento.

La madre puede preocuparse al notar que su bebé aún no mama muy bien, y tal vez la criatura parezca no interesarse mucho en la comida. Cuando llora, quizá sus gritos no sean muy potentes, y también es probable que su cuerpecito dé la impresión de estar un tanto "desmadejado".

Si la madre, en el proceso del parto, recibió dosis bastante grandes de analgésicos, o si se le administró algún anestésico en forma de gas, es probable que el bebé esté soñoliento. Esos medicamentos, al atravesar la barrera placentaria, han ejercido sobre él un efecto sedante, que suele ser bastante notable. En cambio, mientras menos medicamentos haya recibido la madre durante el alumbramiento, tanto más despierto y alerta estará el niño, y dará la impresión de ser mucho más vigoroso.

Cuando el bebé nace, su cuerpo está cubierto de una especie de película grasosa: el vérnix. Esta desaparece (al menos casi toda) cuando el recién nacido recibe su primer baño, pero no es sorprendente que le queden algunas trazas de vérnix detrás de las orejas o en los pliegues de las nalgas.

También la piel del recién nacido suele estar cubierta de un vello fino y largo, que muchas veces es casi imperceptible: el lanugo. Este vello desaparece en el curso de las primeras semanas.

Si la placenta no estuvo funcionando tan perfectamente como debía, es posible que el recién nacido esté un poco desnutrido. Los principales síntomas externos de esta desnutrición suelen ser una disminución de la grasa normal, ausencia de lanugo, piel seca y agrietada o apergaminada, uñas demasiado largas y, a veces, manchas amarillo-verdosas en las uñas y en la piel. No es raro que el recién nacido, con uñas tan largas, intente rascarse él mismo, con tanto vigor que a veces llega a sangrar.

Los fórceps, según ya se explicó anteriormente, pueden dejar ciertas huellas en la piel de la cara y la cabeza, pero las mismas tienden a desaparecer en el curso de unos pocos días. Algunos bebés presentan manchas amarillas o blancas en la nariz, las mejillas o la barbilla. Se trata de acumulaciones de sebo, secretado por las glándulas sebáceas de la piel, y desaparecen en el curso de varias semanas, sin necesidad de atención médica.

En los párpados superiores, en la frente, en el puente de la

nariz y en la nuca, tal vez se adviertan manchas de un color rojo, a veces desvaído, que en ocasiones tiene una forma de rombo o diamante. Se trata simplemente de agrupaciones de vasos capilares microscópicos, que a veces tardan un poco de tiempo en desaparecer. No se sabe a ciencia cierta porqué se forman. Cuando el bebé llora, esas marcas se enrojecen u oscurecen más. Las de la frente, en forma de diamante, a veces persisten durante toda la vida, pero casi ni se notan, a no ser bajo el influjo de estímulos emocionales (por ej., cuando el individuo se sonroja).

En general, puede afirmarse que la piel de los recién nacidos es muy sensible y, por tanto, muy propensa a reaccionar. Cuando el bebé tiene hambre, o cuando los dedos del médico o las enfermeras hurgan su cuerpo, es muy posible que se les formen transitorias manchas rojas, que en ocasiones parecen una erupción, a veces más prominentes que otras. Estas manchas pasajeras normalmente se notan en un brazo, o en una pierna, o en una mitad del tronco. La ciencia médica no ha esclarecido enteramente la razón de este fenómeno, pero suele atribuirse a una inmadurez natural en la regulación del flujo sanguíneo que irriga la piel. Estas reacciones cutáneas, un tanto exageradas, pueden persistir hasta por espacio de varios meses, pero en definitiva llegan a desaparecer.

Hay una erupción muy común que puede manifestarse en la piel del recién nacido el primero o el segundo día, y que puede durar varias semanas. Se trata del eritema tóxico. Sus causas no son conocidas. Se caracteriza por una mancha roja, con un centro blanco ligeramente prominente. Esta erupción aparece más a menudo en la cara, el cuello y el tronco. No es tan común en las extremidades; además, en algunos casos, se presenta y se desvanece en un brevísimo intervalo, ante los ojos de un observador atento. Por lo pronto, podemos afirmar que se trata de un fenómeno carente de importancia y no debe constituir motivo de alarma.

También pueden sobrevenir inflamaciones causadas por la acumulación de sudor en las capas más profundas de la piel. En cuanto al salpullido de los recién nacidos, no es extraño que se manifieste y desaparezca con gran rapidez. En muchos casos, usted puede notarlo en la mañana, y ya ha desaparecido al mediodía. En los recién nacidos, suele ser mejor no tratar esta afección con talcos ni cremas, ya que pueden contribuir a agravar más el salpullido, si dichos productos obstruyen los

conductos sudoríparos. Lo más práctico suele ser mantener al bebé en un ambiente fresco. A la mamá puede servirle de consuelo el saber que estas ligeras afecciones cutáneas prácticamente no molestan al niño en lo más mínimo.

Debemos hacer al menos una breve mención de ciertas características especiales que presenta la piel de los niños nacidos **después** de lo que se considera ser el término normal de un embarazo, niños a los que los pediatras a veces se refieren con el término de **postmaturos**. Y se estima que éstos son los que nacen después de las 42 semanas de gestación, ya que se acepta, a grandes rasgos, que el término normal del embarazo oscila entre 38 y 42 semanas.

En su inmensa mayoría, los bebés "postmaturos" no se diferencian gran cosa de los bebés de "término normal", a no ser por el hecho de que los "postmaturos", a primera vista se notan mucho más alertas y mantienen los ojos más abiertos.

Sin embargo, en la piel es donde más se advierten algunas diferencias. La piel de los "postmaturos" puede verse como "floja" y un tanto arrugada, igual que ocurre con la piel de algunos adultos que han perdido mucho peso en poco tiempo a consecuencia de alguna dieta drástica. Los médicos estiman que estos bebés, antes de nacer, perdieron un poco de peso en el útero materno (y lo confirma el hecho de que una **minoría** de los "postmaturos" inclusive llega a presentar ciertos síntomas de desnutrición).

Además, el **lanugo** (ese finísimo vello característico del bebé nacido, al cabo de su término normal) está ausente en estos bebés nacidos después de las 42 semanas. La piel también se les nota más agrietada y seca, e inclusive hasta empiezan a "mudarla" pocas horas después del nacimiento. Y algunos presentan, no sólo en la piel, sino también en las uñas, algunas manchas de color verde amarillento.

Nos referimos a estas características más bien como a una curiosidad un tanto extraña, toda vez que, en la práctica, el porcentaje de bebés "postmaturos" es bastante reducido. Las causas de este notable retraso en algunas mujeres, para dar a luz, nunca han podido ser claramente establecidas. Sin embargo, muy pocos "postmaturos" llegan a confrontar problemas serios y, si el médico estima que necesitan algún cuidado especial (inclusive en lo concerniente a la piel), ya se encargará de advertírselo a la madre. (Las uñas de estos bebés suelen ser largas y deben recortárseles en seguida.)

Muy a menudo, en la cabeza del recién nacido, pueden notarse las huellas que deja el paso de la criatura a través del canal vaginal. La cabeza puede parecer un tanto deforme, pero se trata de una situación transitoria. Los huesos craneanos de la criatura no están tan firmes y estrechamente articulados como en el adulto. Por tanto, la cabeza del bebé se adapta bastante bien, sin sufrir serias lesiones, a los "apretones" que experimenta durante el proceso del parto.

Es fácil palpar las separaciones o suturas entre los huesos, solamente con pasar el dedo por la cabeza del niño. Tal parece que hubiera una pequeña ranura o surco que separa a un hueso del otro.

Casi en la mitad de la cabeza, más bien hacia la frente, se encuentra la fontanela mayor o anterior, o "área blanda". La misma tiene un revestimiento muy resistente, que permite inclusive apretar dicha área, sin temor a lesionar al bebé. Con el tiempo, la estructura ósea craneana va uniéndose, hasta que dicho espacio queda completamente cubierto. En la mayoría de los niños, la fontanela se cierra de un todo entre los 6 y los 18 meses de edad.

Cuando el bebé está tranquilo, sobre todo si está sentado, es posible que la fontanela se vea ligeramente hundida. Sin embargo, cuando llora, la fontanela parece ponerse tensa y sobresalir al extremo de que a veces es posible verla latir en sincronización con el pulso. Esto se debe a los cambios en la presión del líquido cerebroespinal.

A muchos bebés también se les nota otra fontanela: la posterior, situada más bien hacia la región occipital, y mucho más pequeña que la fontanela anterior. La posterior se cierra mucho antes y, en un buen número de bebés, casi no se nota.

Muchos padres se preocupan al pensar que el bebé tiene en la cabeza venas muy prominentes. Se trata, en realidad, de algo normal. En los recién nacidos, esas venas están más cerca de la superficie, y es por eso que resaltan más. Por otra parte, los bebés suelen tener muy poco pelo para cubrirlas.

También es relativamente frecuente que la piel de la cabeza aparezca inflamada durante los primeros días. La causa más usual suele ser la presión constrictiva que tuvo que soportar el cuero cabelludo durante el parto. Recordemos que la cabeza de criatura no pasa inmediatamente a través del cuello del útero. Por el contrario, ese tránsito a menudo toma varias horas. La considerable presión sufrida por la piel puede inter-

Los exámenes médicos, aunque el niño se vea perfectamente sano y normal, y desarrollándose en forma satisfactoria, deben tener lugar con la periodicidad que el pediatra señale.

ferir con el flujo sanguíneo, produciéndose entonces la inflamación. Esta inflamación del cuero cabelludo casi nunca persiste más allá de 24 ó 48 horas, y no hay que atribuirle mayor significación.

Algunas veces, bajo la presión a que acabamos de referirnos en el párrafo previo, un pequeño vaso sanguíneo, en el tejido interior adyacente a los huesos craneanos, puede romperse, dando lugar a una hemorragia. Entonces aparece una inflamación oscilante a un lado de la cabeza, la que es conocida como cefalohematoma, fenómeno del que ya hablamos antes. La inflamación motivada por esta causa puede mantenerse durante varias semanas. Aunque la idea de una hemorragia cerebral parece algo atroz, en este caso concreto, sin embargo, el cefalohematoma no suele ser más importante que cualquier ligero golpe o magulladura en otra parte del cuerpo.

Los ojos del recién nacido están totalmente formados al tiempo del nacimiento. En casi todos los hospitales y clínicas, a los niños se les pone en los ojos algún antiséptico, para matar cualesquiera bacterias que puedan haber recogido al atravesar el canal vaginal. Dichos antisépticos pueden hacer que los párpados se inflamen un poco, y la irritación puede dar lugar a cierta secreción.

Todo esto, unido a la natural resistencia del recién nacido para dejarse examinar los ojos, hace casi imposible un reco-

nocimiento completo de éstos durante los primeros días. Sin embargo, cuando la inflamación inicial desaparece, el médico experto no pasa grandes trabajos para examinar mejor los ojos del pequeño. No es extraño que en la esclerótica (parte blanca del ojo) se noten manchitas rojizas, que son el producto de pequeñas hemorragias provocadas por la presión que la cabeza hubo de soportar durante el parto. Dichas hemorragias, carentes de importancia, se autocontrolan completamente en cuestión de una semana poco más o menos.

En muchos niños, el color del iris tiende a ser azul. Desde luego, también abundan las excepciones. Si va a haber un cambio de color —y no siempre lo hay—, el mismo se irá presentando gradualmente, no de súbito.

El médico también trata de inspeccionar el cristalino y la retina. Estos exámenes, en un primer momento, son muy incompletos, por la gran rapidez con que el recién nacido mueve los ojos. Aun así, casi siempre el médico puede comprobar si hay alguna opacidad del cristalino (catarata), y si el llamado "reflejo rojo" está presente en la retina. Dicho reflejo suele ser índice de que la retina se encuentra en perfecto estado.

Los médicos, hoy en día, nos aseguran que los bebés son capaces de ver mucho más de lo que nos imaginamos. El bebé puede, por ej., fijar la vista en algún objeto rojo o amarillo colocado ante sus ojos, y seguirlo. El brillo de una intensa luz roja le hará cerrar los ojos, apretando los párpados. Y si tratamos de halar al bebé hacia arriba, como si quisiéramos hacerlo sentar, sus ojos tenderán a abrirse igual que hacen algunas muñecas de juguete.

El médico también procede a hacer un examen de los oídos, para comprobar si están normalmente configurados. En ocasiones, si hay mucho vérnix acumulado en un canal auditivo, será necesario esperar unos pocos días para hacer un examen más completo. En cuanto a sus facultades auditivas, es normal que el bebé reaccione con un estremecimiento frente al estímulo de algún ruido súbito y alto. Sin embargo, la repetición del mismo estímulo tiende a hacer que la reacción desaparezca.

El examen médico también se extiende a la nariz. El médico trata de comprobar si la respiración nasal es adecuada. Ciertos estímulos, como el polvo, hacen que el bebé estornude igual que los adultos.

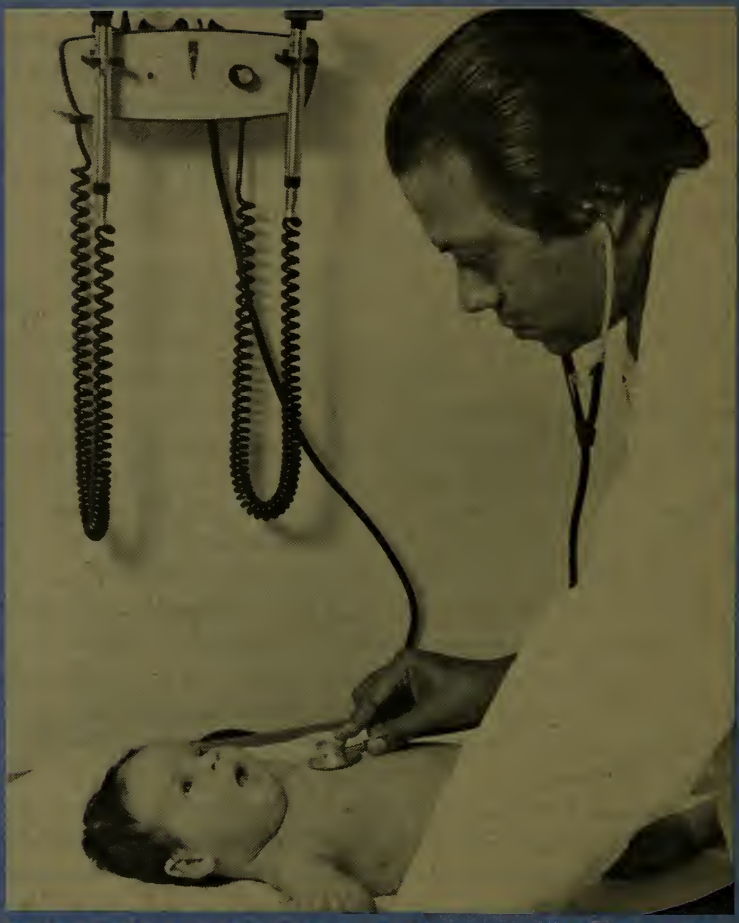
El examen de la boca abarca los labios, las encías y el paladar. Algunas veces, aunque es más bien raro, el bebé puede

nacer con dientes. Si están demasiado flojos, hasta el punto de constituir un peligro, o si interfieren con la lactancia, es posible que el médico opte por extraerlos. El reconocimiento de la lengua incluye el del frenillo, que a veces es demasiado corto. Antiguamente se creía que el frenillo corto produciría luego tartamudez u otras dificultades para hablar. Hoy en día, en cambio, se sabe que los bebés con frenillo corto casi nunca tienen la menor dificultad para mamar ni, más tarde, para hablar en su momento oportuno.

En el examen del cuello, el médico tratará de precisar si hay protuberancias o abultamientos. Hay varias clases de quistes congénitos, algunos de los cuales pueden presentar pequeñas aberturas en la piel. Por lo general, estos quistes no ocasionan mayores problemas, aunque a veces pudiera ser necesario operar alguno. El médico también se fijará en el músculo del cuello llamado esternocleidomastoideo. Si dicho músculo estuviere inflamado, ello pudiera dar lugar a una tortícolis. Como parte de este mismo reconocimiento del cuello, el médico notará cuál es la posición de la tráquea, que suele encontrarse en el medio del cuello. Ahora bien, cuando hay ciertas anormalidades pulmonares, la tráquea pudiera encontrarse algo desviada hacia un lado. Al inspeccionar esta región, el profesional procurará precisar el tamaño y la ubicación de la glándula tiroides, que normalmente debe encontrarse en la parte inferior del frente del cuello.

Al examinar el pecho, el médico trata de comprobar si hay simetría de movimientos. Si nota desigualdades en los movimientos de expansión y contracción a ambos lados del pecho, entonces se impone una investigación más detallada de las causas de tal fenómeno. El médico se valdrá del estetoscopio para comprobar la normalidad de los movimientos de entrada y salida del aire en los pulmones. Agregado al extremo inferior del esternón, hay un pequeño huesecillo: el xifoides, que en algunos bebés es particularmente pronunciado y puntiagudo. Algunos padres se preocupan por esta característica, que en realidad carece de importancia.

El médico comprobará el ritmo cardíaco, y escuchará con oído muy atento todos los sonidos procedentes del corazón, como los famosos "soplos" o "murmullos", bastante comunes en los recién nacidos. La evaluación clínica de los soplos cardíacos, en un niño tan pequeño, no es nada fácil. No es extraño que, en un reconocimiento, el médico note el soplo y, sin em-



En los recién nacidos, hasta el 50 por ciento de los "soplos" cardíacos son normales y no indican la presencia de una enfermedad del corazón. El médico, de todos modos, investiga para evitar futuros trastornos.

bargo, no advierta absolutamente nada al siguiente examen. Sabemos que el 50 por ciento o más de los soplos cardíacos, en los recién nacidos, son normales, y no indican la presencia de una enfermedad del corazón. Suelen deberse a las rápidas fluctuaciones en el sonido del corazón del bebé, toda vez que, inmediatamente después del nacimiento, se está efectuando una reorganización completa de la circulación sanguínea.

Al comprobar la circulación del bebé, el médico trata de localizar las pulsaciones femorales (en las ingles). Si las localiza

en ambos lados, ello suele ser una tranquilizadora señal de que no hay constricciones de la arteria aorta. Es posible que, en un primer examen, no se detecten las pulsaciones referidas, pero casi siempre es posible captarlas unos días después. Una coloración ligeramente sonrosada en la piel del bebé también constituye una señal externa de que hay una adecuada oxigenación de la sangre y un buen funcionamiento cardíaco.

La coloración azulosa o cianótica de la piel puede ser una señal de que el flujo sanguíneo, en el pequeño, tal vez no esté procediendo en la forma debida. (No se olvide, sin embargo, que ya mencionamos que la coloración ligeramente cianótica, en los dedos de las manos y de los pies, durante los dos primeros días, debe considerarse normal.)

Cuando hace el examen del abdomen, el médico comprobará si el muñón del cordón umbilical se encuentra firmemente sujeto al ombligo. El muñón, que se nota brillante y húmedo durante el primer día, gradualmente va encogiéndose y arrugándose, hasta que se desprende en un término de entre 10 y 20 días. El médico también hace una suave palpación del abdomen, tratando de determinar el tamaño y la forma del hígado, los riñones y el bazo. En el adulto es muy difícil palpar estos órganos, a menos que estén anormalmente agrandados, pero no ocurre así con el recién nacido. El médico puede, por ej., advertir si hay un riñón dilatado o afectado, tal vez a causa de una obstrucción congénita. En cuanto a la vejiga, es posible palparla cuando está colmada de orina. En la inspección del ano, el médico trata de comprobar si las heces fecales están pasando normalmente a través del mismo.

También se hace un cuidadoso reconocimiento de los genitales. En el varón, la piel del escroto generalmente refleja la madurez del bebé. Si esa piel es rugosa, ello es señal de que el niño nació en su término o muy cerca de éste. En cambio, en los prematuros, la piel del escroto es lisa y brillante. El médico comprueba la presencia de los testículos, y trata de precisar si hay hernias. También se fija en la abertura de la uretra, que debe estar localizada en la punta del pene. Es posible, si el bebé no ha sido circuncidado, que el prepucio le cubra la abertura de la uretra. En las niñas, el médico inspecciona la vulva. En los primeros días, es posible que haya una secreción vaginal mucosa, a veces con manchas de sangre. Esto es normal, y es el efecto de las hormonas que la madre transmitió a la niña antes del alumbramiento.

Es normal que las piernas del recién nacido estén arqueadas. Ello se debe a la posición ovillada que la criatura ha mantenido durante su vida intrauterina. Y esta característica va a mantenerse hasta que el bebé comience a caminar. Por la misma razón, los pies del niño aparecen volteados hacia adentro. En otras palabras, éstos no son defectos anatómicos. El proceso natural de crecimiento, y el peso que deben soportar los pies y las piernas una vez que el niño empieza a dar sus primeros pasos, se encargarán de normalizarlo todo. En el caso de

Dislocación de la cadera.
La cabeza del fémur está desplazada.

aquellos bebés que han nacido de nalgas, puede suceder lo contrario, es decir, que los pies apunten hacia afuera y las rodillas tiendan a juntarse, pero esto también se corrige con el desarrollo normal de la criatura.

El médico que examina al recién nacido se encargará de notar cualquier postura que resulte anómala, o cualquier señal de debilidad o de limitación de movimientos. El profesional se fijará especialmente en las caderas, tratando de descubrir cualquier indicio de dislocación total o parcial.

Debe señalarse aquí que la dislocación de las caderas tiene un carácter progresivo; es decir, que la situación puede empeorar con el transcurso del tiempo. Por eso, reviste tanta importancia un temprano diagnóstico. La madre, por consiguiente, no debe alarmarse si advierte que el pediatra de su hijo, en todos los reconocimientos que le hace al niño en las primeras fases de la infancia, se muestra particularmente interesado en la inspección de las caderas. Lo más probable es que el niño sea perfectamente normal, pero el médico sabe que no debe correr riesgos innecesarios. Lejos de preocuparse, la madre debe alegrarse de que el médico sea tan meticuloso en su examen físico del niño.

El reconocimiento del sistema nervioso de la criatura comienza con una observación general de su conducta: sus movimientos cuando llora, las características de su llanto, la tonicidad muscular del niño cuando está en reposo o cuando está en brazos, y el análisis de sus reacciones ante los diversos estímulos. El recién nacido llega al mundo con un determinado patrón de conducta física (los reflejos), que son "accionados" por circuitos localizados en los centros cerebrales inferiores, y que no tienen nada que ver con los procesos mentales que más tarde gobernarán el razonamiento. Los centros cerebrales superiores, relacionados con la actividad intelectual, demorarán varias semanas en comenzar a manifestarse.

Uno de los reflejos típicos del recién nacido es el que se produce cuando algún objeto le toca las mejillas. Si en el momento de ocurrir esto el bebé está suficientemente despierto y suficientemente hambriento, inmediatamente volteará la boca en la dirección del objeto que le ha tocado la mejilla, ya se trate del dedo del papá o el abuelito, que quiso simplemente hacerle una caricia, o del pezón de la madre que quiere lactarlo. Este reflejo sirve para que el bebé "haga blanco" en la fuente de su nutrición, mucho antes de que él pueda reconocer y distinguir la misma.

Pág. opuesta: Dos reflejos típicos del recién nacido. La comprobación de esos reflejos forma parte del reconocimiento del sistema nervioso.

Otro reflejo tiene una naturaleza prensil. Por ejemplo, si se ejerce presión con un dedo sobre la palma de la mano del bebé, sus deditos se flexionarán como si él tratara de agarrar algo. (Lo mismo ocurre con los dedos de los pies, si la presión se ejerce en la planta del pie.)

Si sujetamos al bebé en una posición vertical, agarrándolo por las axilas, y lo movemos sobre una superficie plana, como la de una mesa, en forma tal que sus piececitos apenas la rocen, el bebé moverá las piernas en un movimiento muy similar al que se hace para caminar.

Si colocamos un paño sobre la nariz del bebé, inmediatamente tratará de llevárselo a la boca. Si falla en este intento, torcerá la cabeza hacia un lado y "dará manotazos" en el aire, en un esfuerzo por liberarse del objeto que le molesta y le impide la respiración nasal. Este es uno de los reflejos que más contribuye a proteger la vida del bebé, y hace sumamente difícil que llegue a morir asfixiado en su cuna.

La lista completa de todos los reflejos que exhibe el recién nacido exigiría muchas páginas más. Lo importante es destacar que esos reflejos persistirán hasta que se desarrolle el control voluntario de los actos, proceso éste que irá teniendo lugar muy gradualmente. Por ejemplo, cuando el bebé empieza, a la edad de tres meses poco más o menos, a tratar de alcanzar y agarrar distintos objetos que le llaman la atención, entonces desaparecerá el reflejo prensil de los dedos, de que hablamos antes.

En el recién nacido, los reflejos son valiosísimos para dar al médico una pista acerca de la condición del sistema nervioso de la criatura. Sin embargo, no suele ser causa de alarma el hecho de que, durante los dos primeros días, esos reflejos parezcan un poco torpes o lentos.

Los especialistas en sicología infantil nos aseguran que la observación del bebé, durante sus primeros días de vida, puede ofrecernos algunas pistas acerca de su personalidad. Así, hay bebés que hacen la transición del sueño a la vigilia con un salto y un llanto súbitos. Otros, por el contrario, van despertándose en forma gradual, como si lo hicieran "por etapas". Efectivamente es cierto que estas diferencias pueden anticiparnos algo respecto a las características de la personalidad. Sin embargo, debe advertirse a los padres que el "juego" de predecir la personalidad del niño también ofrece algunos peligros. No conviene, por ejemplo, que los padres vayan a obse-

sionarse, atribuyéndole a un bebé tal o cual tipo de personalidad. Mucho mejor resulta que los padres mantengan una mente amplia al respecto y que no empiecen, desde un principio, a "clasificar" al niño. Es necesario que los padres observen atentamente a sus hijos y se familiaricen con sus reacciones habituales, pero sin llegar a formarse ideas preconcebidas acerca de cómo es el niño. Ello podría dificultar, en un futuro, la mejor comprensión de los padres en cuanto a la conducta y el temperamento de sus hijos.

No podemos terminar esta sección sin consignar que, hoy en día, se han logrado avances verdaderamente revolucionarios en lo que concierne al examen físico del recién nacido. Más aún: desde antes de que la criatura nazca, la ciencia médica ya dispone de asombrosos recursos para prevenir y curar anormalidades.

Hoy existen, por ejemplo, los llamados **monitores fetales,** capaces de prevenir casos de lesiones cerebrales cuando el bebé se ve sin suficiente oxígeno durante el parto. También existen, en hospitales y clínicas, unidades de cuidados intensivos para los recién nacidos, y se calcula que las mismas pueden prevenir hasta la mitad de las muertes de los neonatos.

Las ondas sónicas de alta frecuencia ya están siendo usadas como técnica de diagnóstico durante la vida intrauterina de la criatura. Y en el campo de la cirugía, ya hay minúsculos instrumentos que, en manos de un cirujano altamente especializado, pueden corregir defectos en el diminuto corazón de un recién nacido, o reordenar sus intestinos si éstos están "enmarañados".

Sin embargo, los avances más dramáticos tal vez sean los que se han logrado en el tratamiento de los bebés prematuros. No solamente muchos millares de ellos son salvados hoy en día, sino que también se logra que muchos prematuros no lleguen a convertirse en individuos retardados o permanentemente incapacitados.

Como señala el doctor Sheldon Korones, Director del Centro de Prematuros del Hospital de Memphis, en el estado de Tennessee, hace 4 ó 5 años, las probabilidades de sobrevivir que tenía un prematuro, con 2¼ libras de peso, apenas eran del 20% o menos. Hoy, en cambio, esas probabilidades son del 45 por ciento.

Entre las muchas técnicas que hoy se emplean para salvar a los prematuros, merece mención específica la denominada

"presión positiva continua de los conductos respiratorios". Consiste en la inserción de un tubo en la tráquea del bebé, o en la colocación de una "capucha" o caperuza presurizada alrededor de su cabeza. Mediante estos instrumentos, los médicos pueden dirigir un suministro continuo de aire, de baja presión, hacia los alveolos de los pulmones inmaduros, evitando el colapso de los mismos.

También es sabido que muchos prematuros sufren de ictericia, ya que su hígado no es capaz de cumplir la función purificadora de toxinas que le corresponde. En estos casos, se expone al bebé desnudo bajo una brillante luz fluorescente, por espacio de varias horas, con lo que se logra que la bilirrubina, una sustancia tóxica, quede descompuesta en sustancias inofensivas.

En las unidades clínicas de cuidados intensivos para recién nacidos, también se está haciendo uso de sensores cutáneos, que se encargan de vigilar ininterrumpidamente los niveles de oxígeno y otros gases en la sangre. Igualmente se usan bombas de infusión, las que se ocupan de incorporar, por vía intravenosa, a la sangre del recién nacido, ciertos líquidos que la criatura pudiera necesitar, y esto se hace a un ritmo preestablecido y cuidadosamente controlado, todo ello a través de un pequeñísimo tubo insertado en la arteria umbilical.

LA TECNICA DEL ULTRASONIDO

La técnica del ultrasonido permite investigar los progresos que va haciendo el desarrollo del feto. Se coloca un cristal de cuarzo sobre el abdomen de la futura madre. Ondas sónicas de alta frecuencia (dos millones de ciclos por segundo) son irradiadas hacia el feto. Cuando dichas ondas llegan a él, "rebotan" y, en la pantalla de un osciloscopio, son transformadas en una detallada imagen de la criatura, la placenta y ciertas características del útero.

Esta técnica del ultrasonido puede captar en detalle las estructuras de los tejidos blandos, cosa que no pueden lograr los rayos X. Además, el ultrasonido no ofrece los peligros que sí acompañan a las radiaciones. Gracias al ultrasonido, el ginecólogo puede determinar la localización exacta del feto, el

tamaño de la cabeza y la ubicación precisa de la placenta. Todo ello constituye información vital, a los efectos de predecir posibles complicaciones en el parto.

El ultrasonido también sirve para guiar la jeringa que el médico usa cuando es necesario practicar la amniocentesis (de la que se habla extensamente en otro lugar de este libro), lo que contribuye a evitar que la criatura resulte lesionada.

La técnica del ultrasonido también puede determinar si el feto ha muerto, puede medir su crecimiento, y puede identificar una serie de posibles trastornos, incluyendo la hidrocefalia, la existencia de tumores uterinos y la presencia de un embarazo ectópico.

Durante el octavo mes de la gestación —y ésta es otra conquista más de la moderna Ginecología— el feto puede ser "examinado" mediante un endoscopio. Este es un dispositivo tubular, portador de una luz, que se inserta en la vagina y es apoyado contra el cuello del útero, para que así el profesional pueda hacer un buen examen visual del líquido amniótico, en el cual la criatura se encuentra suspendida.

Si el médico advierte que ese líquido tiene una coloración amarillo-verdosa, ello indica que el feto ha excretado una sustancia llamada **meconio.** Esta es una señal de que el bebé ha comenzado a sufrir a causa de la falta de oxígeno y, por consiguiente, deberá hacerse lo posible por anticipar el parto.

No es nada extraño que, en estos casos, el médico ordene que el recién nacido permanezca en cámara de oxígeno, bajo estrecha vigilancia, durante las primeras 24 horas de vida. En una gran mayoría de los casos, esta simple medida suele bastar para controlar con éxito la situación, resolviéndose el problema sin que el bebé sufra lesiones cerebrales permanentes.

Desde luego, todos estos avances (y otros muchos que no describimos por su carácter altamente complejo y técnico), no están universalmente disponibles. Algunos sólo se aplican en los principales centros clínicos especializados de las grandes metrópolis, pero van generalizándose y extendiéndose cada vez más, de modo que, en el curso de los próximos años, los mismos pasarán a formar parte del procedimiento ginecológico ordinario. Debe advertirse, sin embargo, que estas complejas conquistas no entran necesariamente en juego en todos los partos. La mayoría de ellos no las exige. Solamente en los casos de dificultades especiales es que se recurre a los modernísimos procedimientos brevemente descritos.

XIV - CUIDADOS QUE REQUIERE EL BEBE

Una de las cuestiones que preocupa más a la nueva madre, o las personas encargadas de atender al bebé, es todo lo relativo al cuidado del ombligo.

La piel, en la base del ombligo, debe tener una coloración normal, no rojiza. Si se advierte una rojez exagerada o alguna secreción, el médico debe ser notificado.

La inflamación alrededor del ombligo es síntoma de infección, y también debe comunicársele al médico.

Ya dijimos antes que el muñón del ombligo se desprenderá espontáneamente en algún momento durante las primeras tres semanas. Una práctica muy común, antes de que el muñón se desprenda, es la de humedecerlo muy suavemente, tres o cuatro veces al día, con una pelotica de algodón humedecido en una solución de alcohol y agua (a razón de 30% de agua y 70% de alcohol). Muchos médicos, sin embargo, estiman que esta costumbre, en realidad, no cumple ninguna finalidad útil. Por eso, son muchos los que no recomiendan cuidados especiales de ningún tipo, salvo mantener esa área seca. Cuando se limpia al bebé con una esponja, debe ser evitado el muñón del ombligo. Una vez que se ha desprendido, puede procederse a bañar al bebé normalmente, sin temores. Cuando se

le ha bañado, se le debe secar el ombligo con algodón estéril, y se tendrá cuidado de que el borde superior del pañal no roce con la cicatriz.

En algunos casos, después de la caída del muñón, puede formarse un pequeño e inofensivo pólipo en el ombligo, que a veces causa un ligero sangramiento. El médico, si lo considera oportuno, decidirá cauterizarlo.

Antiguamente se acostumbraba, después de caído el muñón, envolver una banda apretada alrededor del abdomen del niño, o cubrir el ombligo con algún tipo de parche adhesivo. Hoy en día, ya esto no se estima necesario ni aconsejable.

Durante la vida intrauterina, la pared abdominal está abierta, justamente debajo del ombligo. En la mayoría de los casos, esa abertura se cierra antes del parto. Cuando no ocurre así, nos encontramos ante lo que es llamado una hernia umbilical. En casi todos los casos, cuando ello ocurre, el problema se resuelve solo, antes de que el niño cumpla su primer año de vida. En ciertos casos excepcionales, la situación persiste más tiempo, pero se resuelve antes de que el pequeño llegue a los cuatro o cinco años. En todo caso, no se requiere tratamiento. Sólo en muy contadas ocasiones, si el defecto es grande y no muestra indicios de corregirse, el pediatra se resolverá a favor de su corrección quirúrgica. Los movimientos del bebé pudieran provocar que un pequeño segmento de intestino se proyecte hacia el exterior, a través de la abertura. Esta protuberancia hace que el ombligo también se proyecte hacia afuera, como una pequeña pelota. Cuando el bebé se encuentra en una postura físicamente relajada, el segmento intestinal se retrotrae, y el saco de piel se "desinfla", igual que un globo al que se le escapara el aire. Por muy tensa que llegue a verse esa "pelota", no se reventará. Ni tampoco resulta dolorosa para el bebé cuando se encuentra distendida. Se nota más proyectada cuando el bebé llora, pero este llanto es la causa, no la consecuencia, del fenómeno.

Aparte de lo anterior, durante los primeros meses de vida, la pared abdominal del bebé, en su totalidad, puede notarse muy protuberante. Esta distensión del abdomen es una prueba más de lo laxas que son las paredes abdominales en esta primera fase de la vida. Si el bebé está alimentándose bien, si evacúa el intestino con movimientos normales y regulares, si no eructa excesivamente, y si parece mantenerse alerta y satisfecho, entonces la protuberancia del abdomen no debe ser

motivo de preocupación. Ahora bien, si se nota cualquier inflamación súbita en las ingles o el escroto, entonces sí hay que comunicárselo al médico inmediatamente.

Por último, una advertencia final: antes de la caída del muñón, evítense todo tipo de curas húmedas, ungüentos, pomadas y vendajes impermeables, que solamente sirven para retrasar el desprendimiento espontáneo del muñón.

EL CUIDADO DE LA PIEL

En su afán por mantener limpio al bebé, muchas madres interfieren con el delicado mecanismo de los ojos, la nariz y los oídos, sin saber que estas tres partes del cuerpo del pequeño están equipadas para mantenerse limpias por sí mismas y no requieren intervención externa.

Los ojos: Están bien protegidos por las pestañas. Si algún objeto aparece frente al ojo, un reflejo automático hace que la pestaña se cierre momentáneamente. Las pestañas ayudan a filtrar el polvo y el movimiento de las pestañas limpia constantemente toda el área interior del ojo. El agente limpiador principal de estos órganos son las lágrimas. Además de mantener limpio el ojo, las lágrimas también contienen una enzima que evita el crecimiento de bacterias nocivas. Con este aparato fisiológico tan completo, es obvio que no hay mucho que hacer en cuanto a la limpieza de los ojos del bebé. Antes de bañarlo, llene un recipiente con agua hervida a temperatura fresca. Moje un pedazo de algodón envuelto en un aplicador en esta agua y limpie cuidadosamente el área que rodea el ojo. Use un algodón nuevo para cada ojo. Este procedimiento es todo el cuidado que los ojos de su niño necesitan. No le aplique gotas o lociones para los ojos, a menos que su médico se las recomiende. Nunca limpie los ojos del niño con un pañuelo o paño corriente, ya que podría causarle una infección.

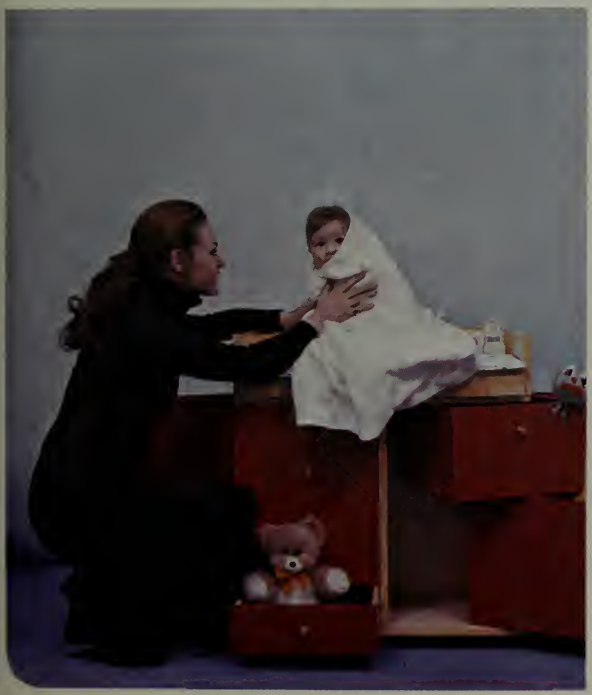
La nariz: Al igual que los ojos, la nariz tiene su propio mecanismo de limpieza. Los pequeños vellos que están localizados a la entrada de las fosas nasales atrapan las partículas de polvo y las sucie-

La dentición constituye una preocupación para muchas mamás. Sin embargo, casi todos los niños, como la bebé de esta foto, atraviesan esa etapa sin problemas.

La ayuda activa del padre en la crianza de los niños es siempre importantísima, pero mucho más aún lo es si la joven pareja tiene que preocuparse de la atención de gemelos. Por suerte, casi todos los papás reaccionan en forma muy positiva.

Para que las horas de las comidas no resulten "algo trágico", es necesario que la madre se controle lo suficiente para no demostrar ansiedad ante la variable y a veces caprichosa conducta del niño. Esa ansiedad materna resulta "contagiosa".

Todo niño necesita buenas dosis de sol y de aire libre. La playa es un lugar ideal para los chicos (y hoy en día hasta se les enseña a nadar desde que tienen muy corta edad), pero es esencial protegerles la piel con algún producto que filtre los rayos ultravioletas.



De la actitud serena y alegre de la madre, depende mucho que la hora del baño diario efectivamente resulte una magnífica oportunidad para que se vaya logrando una relación positiva entre madre e hijo. De los cuatro meses en adelante, a los bebés les encanta el baño.

Una de las mejores maneras de lograr que un niño no sienta celos de su hermano menor, es tratar de encomendarle, sin imponérselas, algunas responsabilidades con relación al pequeño. Abajo: Si su hijo tiene un perro, procure que sea uno cariñoso y manso con los niños.

dades. Estas fosas están cubiertas de una sustancia mucosa donde se reunen las partículas de polvo que atrapan los vellos. Cuando estas partículas se acumulan, la muscosa las transporta a la parte interior de la nariz y de ahí son eliminadas por el aparato digestivo. Cuando el bebé tiene gripe, se produce un exceso de esta sustancia mucosa. En estos casos, se debe limpiar el exceso que sale al exterior; pero nunca se debe introducir ningún objeto en

las cavidades nasales, ya que se puede dañar el delicado interior de las mismas. Los estornudos sirven para eliminar cualquier exceso de mucosidad que se haya acumulado en las fosas.

Si usted nota que su bebé tiene la nariz tupida y no puede respirar bien, consulte inmediatamente al pediatra. Mientras, mantenga bien húmedo el aire de la habitación del niño con recipientes de agua hirviendo.

Los oídos: Nunca se debe introducir ningún objeto en los oídos del bebé. Hay unas glándulas dentro de estos órganos que producen una sustancia viscosa llamada cerumen, en la cual se recogen todas las impurezas. Cuando se acumula, el cerumen va saliendo gradualmente del oído hasta que se hace visible. Es entonces que se debe limpiar. Use un aplicador con un algodón humedecido y limpie sólo la parte visible del oído.

La piel: La piel del bebé sí requiere cuidados especiales. Tal parece que algunos bebés tienen caspa o mucha sequedad en el cuero cabelludo, pues se les nota en la cabeza una especie de costra seca y escamosa. En realidad, no es caspa ni resequedad. Esa costra no es más que aceite resecado que secretan las numerosas y diminutas glándulas que hay en el cuero cabelludo. El mejor cuidado es cepillarlo, y peinar el cabello del bebé. No se recomienda el uso de agua y jabón. Si esa costra no desaparece en el curso de pocas semanas, debe consultar al médico. Cuando este problema no existe, entonces sí se puede lavar la cabeza del bebé, pero sólo con agua tibia y un paño de textura suave. Una vez que el bebé tenga tres semanas, ya se puede comenzar a usar algunos de los "shampoos" especiales para bebés.

No hay necesidad de enjabonarle la cara al bebé. En algunos bebés, sobre todo durante el segundo y tercer mes de vida, se presénta una erupción temporal en el rostro, que es consecuencia de una excesiva transpiración. Esta erupción generalmente no persiste más allá del cuarto mes. Cuando se manifiesta, conviene mantener siempre limpia la cara del niño.

Muchas madres se preocupan por las irritaciones cutáneas que surgen en las áreas cubiertas por el pañal.

Cuando dichas irritaciones se manifiestan, la piel se ve enrojecida, y se notan puntitos rojos. Si los mismos degeneran hasta el extremo de convertirse en pústulas o llagas, o si la rojez de la erupción llegase a ser exageradamente intensa, entonces debe llamar al pediatra, que probablemente quiera prescribirle alguna crema medicada para aliviarlo.

Por lo general, las mismas son una consecuencia del calor, y se presentan muy a menudo en los trópicos. Es mejor prevenirlas que curarlas. Lo más indicado es vestir al bebé con un mínimo de ropas, y que éstas sean holgadas y muy frescas. A pesar de todo, es muy posible que la erupción sobrevenga de todos modos durante los meses cálidos del año. En tal caso, lo mejor son los baños refrescantes, varias veces durante el día, con esponja y con agua ligeramente tibia. Muchos pediatras son partidarios de reco-

mendar productos comercialmente preparados, a base de almidón de maíz y mentol, que suelen dar excelentes resultados.

El almidón de maíz, además de ser sumamente suave, no es irritante, y resulta inofensivo si el bebé lo aspira un poco o accidentalmente le cae en los ojos. Este producto es la base de muchos talcos para niños. Actúa como sustancia secante.

En los casos en que el bebé tenga la piel muy reseca, casi todos los pediatras se inclinan al uso de lociones y de cremas, con preferencia a los aceites, para contrarrestar el peligro de que se obstruyan los poros. También, en estos casos de piel muy seca, se aconseja omitir un día el baño del bebé. Por el contrario, si la piel se ve normal, no hay razón para dejar de bañarlo todos los días. Este consejo de omitir el baño algún día más que otro, se aplica particularmente en los meses muy fríos, si en la casa se está usando la calefacción. En los climas cálidos, es muy improbable que el baño diario vaya a resecar la piel del niño. Aun en los casos en que algún día se prescinda del baño, de todos modos deben limpiarse las manos y la cara del bebé, así como el área que cubre el pañal.

LA POSTURA DEL BEBE AL DORMIR

Muchos ortopédicos opinan que hay problemas menores del pie infantil que podrían prevenirse si se controlara, hasta cierto punto, la postura que el bebé adopta para dormir. En efecto, hay cierta evidencia científica acumulada, que nos permite creer que los bebés que duermen boca abajo la mayor parte del tiempo, son los que más tarde padecen más de pies planos o de una separación exagerada entre los dedos.

No puede decirse que haya una regla general en cuanto a una mejor postura para el bebé. Las variaciones son casi infinitas. Algunos duermen bien y cómodamente en una posición; otros prefieren otra. Suponiendo que su bebé prefiera dormir boca abajo, no está de más que usted trate, unas pocas veces de cambiarlo de postura, para ver si él se acostumbra a adoptar otra. Sin embargo, si nota que no tiene éxito en sus intentos y que el niño persiste en dormir a su manera, lo mejor será dejarlo y no preocuparse. Hay problemas menores de los

Los niños que se acostumbran desde pequeños a dormir en una postura única son, por regla general, los que más tienden a despertarse llorando a mitad de la noche, lo que muchas veces ocurre cuando accidentalmente cambian de posición y ellos mismos se colocan en una que no es la que les gusta. Sin embargo, cuando ese cambio de posición es la causa única del llanto y el niño no se siente con hambre, lo más probable es que se calme y duerma en pocos minutos.

pies que pueden surgir de todos modos, no importa cómo duerma el niño. Sí es recomendable, cuando se encuentra despierto, colocarlo en una postura que sea la opuesta de la que habitualmente adopta para dormir.

El niño que se acostumbra a una postura única mientras duerme, es el que más probabilidades tiene de despertarse llorando en medio de la noche. Si accidentalmente cambia de posición, es posible que ello lo haga despertarse y llorar. Si los padres advierten que esto sucede con mucha frecuencia, y se dan cuenta de que el llanto del niño sobreviene precisamente cuando ha cambiado de postura, entonces es aconsejable no precipitarse a tomarlo inmediatamente en brazos. Será mejor dejarlo llorar unos pocos minutos. Si es el cambio de posición lo que ha provocado el llanto, y si el niño no tiene

mucha hambre, es casi seguro que, después de un breve rato, se acostumbre a la nueva postura y continúe durmiendo.

LOS RUIDOS RESPIRATORIOS

A los padres se les olvida un simple hecho anatómico: los pasajes nasales de un bebé son sumamente estrechos. Un pequeñísimo estímulo, como una simple partícula de polvo, a veces es más que suficiente para provocar un estornudo. La

respiración ruidosa pudiera ser un fenómeno normal.

Algunos niños nacen —y esto sucede con relativa frecuencia— con un ronquido seco, inspiratorio, que preocupa mucho a los padres, sobre todo si ellos han padecido de asma o hay historia de esta afección en la familia. Este ruido, que desaparece con el tiempo, se debe a que los cartílagos de la tráquea no han alcanzado su dureza normal. La situación que se conoce como traqueomalacia, generalmente desaparece después del octavo mes. Muchas veces disminuye en intensidad con los cambios de posición.

LA VISTA

Casi todos los padres se preguntan cuándo es que el bebé puede verlos. Ya señalamos antes que los recién nacidos reaccionan a la luz, pero no es hasta el segundo mes, según ha sido demostrado, que los bebés parecen notar los movimientos de los objetos.

El bebé tiene que desarrollar su visión binocular (es decir, el proceso de fusionar las imágenes separadas, captadas por ambos ojos, en una imagen singular). También tiene que adquirir la habilidad de enfocar la vista, de acuerdo con la distancia existente entre el objeto y sus ojos. El proceso total demora entre tres y seis meses.

Entre los problemas menores relativos a los ojos del recién nacido, podemos mencionar concretamente los siguientes:

(a) Diminutas manchas sanguinolentas en la esclerótica (parte blanca del ojo), que se notan en un 40% de los bebés, aproximadamente. Carecen de importancia y suelen desaparecer en un período de dos o tres semanas.

(b) Inflamación alrededor de los ojos, provocada por los medicamentos preventivos que se usan cuando la criatura acaba de nacer. La inflamación, a veces, va acompañada de alguna secreción. Los síntomas casi siempre desaparecen alrededor del quinto día.

(c) Obstrucción transitoria de los conductos lagrimales. Esta obstrucción, en ciertos casos, produce un poco de se-

creción intermitente. Por lo general, la situación no exige tratamiento alguno. Si hubiera alguna medida especial que tomar, el propio médico se encargará de advertírselo a la madre. De todos modos, aunque estas secreciones casi siempre son inofensivas, es necesario comunicárselo al médico.

(d) Cuando el bebé está aprendiendo a enfocar la vista, muy a menudo dará la impresión de ser bizco. Ello se debe a su falta de coordinación y control muscular. Esto, hasta el quinto mes inclusive, no debe preocupar a los padres. Después, el problema sí requerirá atención, pues pudiera tratarse de un caso de estrabismo que necesite atención profesional.

En cuanto al llanto, conviene notar que es muy improbable que el bebé pueda producir lágrimas antes de la cuarta o quinta semana.

En los casos de obstrucción del conducto lagrimal, el médico le dirá lo que debe hacerse. Por lo general, le indicará que mantenga muy limpios los párpados del bebé. Para esto, lo mejor es usar una pelotita de algodón humedecido en agua esterilizada. También pueden prescribirse algunas gotas o un masaje diario del conducto lagrimal. El mismo médico le enseñará cómo dar el masaje, con un algodón, y con un movimiento de arriba hacia abajo.

LA CIRCUNCISION

La polémica en torno al tema de la circuncisión, a pesar de ser antiquísima, dista mucho de estar resuelta. En los varones, el glande o cabeza del pene, está cubierto por una capa retráctil de piel, que es el prepucio. La circuncisión es un sencillo procedimiento quirúrgico, mediante el cual se elimina esa cubierta carnosa. En muchos hospitales y clínicas, a menos que los padres dispongan otra cosa, la circuncisión se practica, como cuestión de rutina, a los pocos días de nacido el bebé, generalmente el último día de su estancia en el hospital. El procedimiento no toma más de cinco minutos y, aunque el bebé

llora en el momento de hacerse el corte, después no experimenta molestias. La herida se cubre con una gasa impregnada en vaselina. Si el pañal roza contra la herida, es posible que se noten unas pocas gotas de sangre, pero la herida sana y cicatriza muy rápidamente. No hay ninguna evidencia que sugiera que la circuncisión constituya una experiencia traumática para el bebé.

No hay razones médicas decisivas ni a favor ni en contra de la circuncisión. Se ha señalado que el cáncer del glande en el hombre es menos frecuente cuando se ha hecho la circuncisión. También se ha dicho que el cáncer del cuello del útero es menos común en las mujeres casadas con hombres circuncisos (por ejemplo, entre las mujeres hebreas). Sin embargo, la evidencia médica respecto a estos dos puntos no es concluyente.

La circuncisión suele ser preferible por razones higiénicas, para evitar en el futuro la acumulación de esmegma debajo del prepucio. Sin embargo, si el niño aprende a ser cuidadoso y responsable de su higiene personal, esto no suele constituir un problema.

Dos eminentes pediatras, los doctores Howard S. King y Richard I. Feinbloom, ni recomiendan la circuncisión ni se oponen a ella, pero sí insisten en aconsejar que, poco antes del nacimiento del bebé, los padres tengan ya tomada su decisión, en un sentido o en otro. Si han resuelto que el niño sea circundado, los citados especialistas entienden que lo mejor será hacerlo a los pocos días después de nacido. Lo que no aconsejan es dejar deliberadamente la circuncisión para más adelante, cuando ya el niño esté un poco mayorcito, pues entienden que entonces sí podría resultar una experiencia sicológicamente traumática. Esta misma opinión es la que, hoy en día, comparten otros pediatras y especialistas en sicología infantil.

XV - LA SALUD DEL BEBE

Esta sección debe comenzar con una declaración sumamente alentadora, que, además, se ajusta a la verdad de los hechos: la mala salud es un fenómeno muy poco común entre los recién nacidos. Aunque a veces nos parezca lo contrario, lo cierto es que los bebés, en la casi totalidad de los casos, gozan de una salud realmente envidiable, a pesar de las fiebres ocasionales, los vómitos, los cólicos, etc.

Está plenamente demostrado que muchos de los síntomas considerados como anormales por los padres, en realidad no lo son. Las erupciones cutáneas, las inflamaciones, la falta de frecuencia en las evacuaciones intestinales, etc., suelen presentarse en bebés perfectamente normales y sanos. Es enteramente válido afirmar que, la mayoría de las veces, los temores y las ansiedades de los padres carecen de toda justificación sólida, sobre todo cuando se trata de un primer bebé y, por consiguiente, no se ha tenido experiencia previa.

Desde luego, no podemos ignorar el hecho real de que los bebés a veces nacen ya enfermos, o se enferman poco después del parto. Pero es importante señalar que estos casos constituyen más bien la excepción, y no la regla general.

Aquí, por consiguiente, nos limitaremos a dar algunas pau-

tas generales que puedan orientar a los padres respecto al estado de salud de sus hijos recién nacidos o de muy cortos meses de edad.

Podemos comenzar con una regla de carácter general: en caso de duda, llámese al médico.

Ninguna madre debe tener el temor de parecerle "majadera" al médico de su hijo. El pediatra está acostumbrado al nerviosismo, la inexperiencia, la ansiedad, la angustia, las preocupaciones y las dudas de las madres.

Lo anterior, desde luego, no implica que los padres vayan a estar molestando innecesariamente al pediatra a cada momento. Todos los extremos son malos. Tan negativa resulta la madre que pretende pasarse el día en el teléfono, hablando con el médico del niño, como la madre despreocupada y exageradamente optimista que siempre piensa que "el niño no tiene nada". Lo ideal es tratar de lograr un feliz término medio.

En la práctica, está ampliamente demostrado que la inmensa mayoría de las madres, inclusive las primerizas, muy pronto llegan a convertirse en verdaderas "expertas".

Lo anterior **no** quiere decir que la madre deba sentirse capacitada para diagnosticar y tratar, por su cuenta y riesgo, los padecimientos del bebé. Pero una madre atenta y observadora llega a familiarizarse muy pronto con las características individuales de su hijo, y generalmente sabe darse cuenta de la mayor o menor gravedad de las situaciones que pueden ir presentándose en la vida diaria.

COMO COMUNICARSE CON EL MEDICO DEL NIÑO

Lo que sí resulta **absolutamente** esencial es que la madre sepa cómo hablar con el médico de su hijo. Esto se aplica no solamente a las madres de los recién nacidos, sino también a aquéllas con hijos de cualquier edad.

La clave de una comunicación positiva con el médico está, simplemente, en saber expresarle al profesional la verdad de los hechos **en la forma más objetiva posible.**

Quiere esto decir que, por muy preocupada y asustada que una madre se sienta, debe hacer un esfuerzo consciente por

tranquilizar un poco sus nervios, para poder hablarle al médico en una forma lógica y clara, sin "histerismos". Al médico hay que decirle la verdad estricta de los síntomas que se han observado, sin falsearlos en lo más mínimo, sin exagerarlos ni tampoco disminuirlos. Mientras más clara y más ajustada a la verdad sea la explicación que da la madre, mayores serán las probabilidades que tendrá el médico de actuar con acierto, lo mismo en situaciones de verdadera emergencia que en otras de urgencia menor.

Algunas madres, sobre todo las primerizas, tienen la idea de que, exagerando los síntomas que han notado en el bebé y pintando un cuadro "muy dramático", van a lograr del pediatra una atención más inmediata. Se trata de un "recurso gastado". Es posible que, en una o dos ocasiones, dé resultados. Ahora bien, el recurso pierde toda su efectividad práctica si el pediatra se convence de que tiene que lidiar con una mamá "alarmista" y exagerada.

Mucho mejor será controlar un poco los nervios y, a la hora de hablar con el médico, no dramatizar, sino explicar, clara y simplemente, la pura verdad de los síntomas que se han estado observando en el niño.

Una buena idea, salvo en aquellos casos de extremísima urgencia, es hacer una breve nota escrita de las cosas que se le quieren informar por teléfono al médico. Esa nota, además, puede incluir informaciones que probablemente el médico querrá solicitar, como son, por ejemplo, los datos relativos a cuándo fue la última vez que el bebé tomó algún alimento, la hora exacta en que se le tomó la temperatura y las décimas de fiebre que tenía, la coloración que ha estado mostrando en la piel durante las últimas horas, etc.

También, aparte de esa nota que va a resultar sumamente práctica, es aconsejable tener papel y lápiz a mano cuando se habla con el médico, ya sea por teléfono, en su consulta o cuando éste visita al bebé en su casa, para así poder anotar las indicaciones que dé, las que no deben ser confiadas solamente a la memoria, por muy simples que sean. La madre debe tener en cuenta que, precisamente por su mismo estado de preocupación, son mayores las probabilidades de confundir u olvidar las indicaciones del médico si no se anotan.

Nunca se insistirá lo suficiente en la necesidad de que tales indicaciones sean fielmente cumplidas, sin modificarlas en forma arbitraria o caprichosa.

Igualmente es importante el no tener temor a preguntar. Es bueno que los padres no se queden con ninguna duda por dentro y pregunten al médico sobre todo aquello que les preocupe o les siembre dudas, por insignificante que sea. Los padres tienen el derecho de preguntar e informarse, y el médico, a su vez, está en la obligación de ofrecer las respuestas. "No quiero que el médico se vaya a reír de mí", piensan algunos padres. Esto es un error. A los padres no ha de preocuparles que el médico pueda o no reírse. Lo verdaderamente importante es que los padres disipen todas sus dudas y sepan cómo han de proceder ante una situación que pudiera preocuparles.

Como orientación para los padres, por consiguiente, a continuación vamos a analizar, muy someramente, algunos de los síntomas más comunes que pueden presentar los recién nacidos o los bebés durante los primeros meses de vida. La relación que sigue constituye una buena pauta, que puede ayudar mucho a los padres ante las distintas situaciones de la vida diaria.

PROBLEMAS DE LA ALIMENTACION

Aunque el tema de la lactancia va a ser tratado con detenimiento más adelante, aquí consignaremos algunas pautas de tipo general.

Si el bebé es alimentado con biberón, la madre puede esperar que, en cada toma, ingiera entre dos y cuatro onzas. Esta cantidad irá aumentando paulatinamente, a medida que el bebé vaya creciendo.

La cantidad de cada toma no tiene que ser matemáticamente igual. Basta con que sea, poco más o menos, la misma. Habrá motivos para preocuparse y consultar al médico si el bebé, en algunas tomas, parece estar inusitadamente hambriento, al extremo de reclamar mayor cantidad, y otras veces, por el contrario, rechaza totalmente el alimento. Estas irregularidades tan marcadas en el apetito deben ser discutidas con el pediatra.

En los casos de lactancia natural, la madre debe conversar con el médico si **habitualmente** nota que el bebé tiene que

hacer un gran esfuerzo para mamar, sobre todo si, después de haberlo alimentado, continúa experimentando una sensación de gran llenura en los pechos. Estos son síntomas de que el bebé tal vez no esté alimentándose lo suficiente. El médico también debe ser consultado si la madre advierte que el niño necesita un tiempo exageradamente largo para mamar de cada pecho.

LETARGO O APATIA EN EL BEBE

Este es un síntoma que debe interpretarse con suma cautela, pues todos los bebés no son iguales. Hay algunos muy vivaces y vigorosos, mientras que otros son mucho más plácidos y tranquilos. Los padres, y también el médico, muy pronto sabrán darse cuenta de cuál es el "temperamento" del bebé.

Con relación a esto, lo más importante son los cambios súbitos e inesperados en el patrón habitual de conducta. Si un niño "muy despierto y alborotado" parece, casi de repente, perder esas características, y la madre lo nota "adormilado" e inactivo, semejante transición justifica que se consulte al médico. Lo mismo puede decirse cuando el caso ocurre a la inversa; es decir, si un bebé naturalmente tranquilo y quieto, repentinamente empieza a dar señales de una actividad y vivacidad que no le son características. En esto, la intuición de la madre suele jugar un papel decisivo.

LA IRRITABILIDAD

Una pista muy valiosa radica en el hecho de que los bebés enfermos, independientemente de que habitualmente sean tranquilos o intranquilos, suelen tornarse muy irritables. (Lo mismo puede decirse de muchos adultos que, no importa cuál sea su temperamento habitual, fácilmente se ponen irritables cuando experimentan algún malestar físico.)

En estos casos, la mamá notará que el bebé llora probablemente con inusitada "violencia", y que inclusive rechaza el biberón o el seno, como si estuviera "enojado". Si estos síntomas de irritabilidad son pasajeros, lo mejor será no prestarles la menor atención. Es posible que cualquier estímulo insignificante, inadvertido para los adultos, provoque el "mal humor" en el bebé. Ahora bien, si esa irritabilidad es persistente, entonces sí es síntoma casi seguro de que el bebé se encuentra enfermo.

En el caso particular del bebé con tendencia a padecer de cólicos, lo característico suele ser que los períodos de irritabilidad alternen con otros en los que el niño se ve feliz y plenamente satisfecho. En otras palabras, esos "cambios de humor" constituyen, cuando existe la tendencia a los cólicos, un fenómeno normal con el que los padres pueden contar. No se trata de que el niño sea "temperamental" o "inestable". El problema es fundamentalmente físico, no de índole sicológica.

VOMITOS Y REGURGITACION (REFLUJO)

La regurgitación o reflujo es uno de los síntomas más comunes durante los primeros meses de vida del bebé. Este tal vez tome cuatro onzas de leche, con aparente satisfacción y, a los pocos minutos o quizá horas más tarde, "escupa" una cantidad de líquido que parece ser tan grande como la que tomó.

Es muy fácil distinguir esa regurgitación ocasional, que no es alarmante, del tipo de vómito que sí es característico de un bebé que se encuentra enfermo.

Para salir de dudas, lo mejor que la madre puede hacer es plantearse las siguientes preguntas:

1. ¿Se alimenta el bebé con vigor y deseo, o es necesario forzarlo a que tome la leche?

2. ¿Toma el bebé una cantidad bastante grande de leche y sólo devuelve poco más o menos la última onza o, por el contrario, toma poca cantidad y devuelve, casi enteramente, lo poco que tomó?

3. ¿Está el bebé vomitando cada vez que toma la leche, o lo hace solamente una o dos veces en el día?

4. ¿Qué otros síntomas presenta el bebé, aparte de los vómitos y regurgitaciones? ¿Se le ve alerta y contento? ¿Evacúa el intestino con regularidad y tienen sus deposiciones un color normal? ¿Se le nota pálido, anormalmente letárgico o demasiado irritable?

Las respuestas que la madre se dé a estas interrogantes suelen ser un buen índice para aprender a distinguir entre la regurgitación normal, y relativamente frecuente, de un bebé sano, y el vómito que generalmente es síntoma de algún trastorno, que por otra parte, puede ser benigno.

LA EVACUACION INTESTINAL

En el problema de las deposiciones, lo más importante no es la mayor o menor frecuencia de las mismas. Lo que verdaderamente importa son los súbitos cambios de hábitos o de color. Por ejemplo, si las deposiciones se presentan con un color verdoso que persiste (no sólo una o dos veces), o si son muy acuosas y acompañadas de muchos gases, debe consultarse al pediatra.

Los bebés enfermos generalmente hacen deposiciones muy abundantes, aunque también abundan las excepciones a esta regla. Algunos bebés, tanto los que se alimentan con la leche materna como los que toman el biberón, pueden hacer hasta ocho o diez deposiciones diarias, casi siempre poco abundantes, pero mientras las mismas conserven su color amarillento y no sean demasiado acuosas, no hay razones para preocuparse. Otros bebés, en cambio, sólo hacen una deposición al día, y a veces se pasan hasta dos o tres días sin hacerlas, y también esto es normal. Son muy grandes las variaciones individuales de un bebé a otro.

También debe señalarse que ciertos trastornos, que no producen diarrea en un adulto o en un niño mayor, sí pueden producirla en un bebé. El dolor de oído, por ejemplo, es un

caso típico. Este dolor, en un niño muy pequeño, puede provocar irritabilidad y diarreas como únicos síntomas, y es muy probable que la madre nunca se imagine que los oídos sean la causa del problema.

La diarrea es un fenómeno bastante común en los bebés, como bien lo saben las madres que ya han tenido la experiencia de varios hijos. Generalmente se trata de diarreas benignas, que casi siempre se controlan con ligeros cambios recomendados por el pediatra, en la alimentación diaria del bebé.

El mayor peligro está en la posibilidad de deshidratación. El organismo del bebé tiene muy escasas reservas de líquidos, y a ello se debe que la deshidratación pueda sobrevenir más rápidamente que en los casos de los adultos o de los niños ya mayorcitos. Por eso, cuando la diarrea empieza, es aconsejable llamar al médico, no porque la diarrea, en sí misma, constituya un problema grave, sino simplemente porque el médico, si lo estima aconsejable, podrá indicar algunas medidas para **prevenir** la deshidratación.

En cuanto al estreñimiento, también debe juzgarse como algo normal en los bebés, y los padres no deben preocuparse mayormente, a menos que ese estreñimiento se presente acompañado de otros síntomas anormales, como son la distensión del abdomen, los vómitos persistentes, la palidez, el letargo, la irritabilidad excesiva o la dificultad exagerada para expulsar las deposiciones. En presencia de tales síntomas, y también si el bebé no aumenta de peso o si se nota sangre en sus heces fecales, es recomendable avisar al médico.

LA PALIDEZ

La palidez, igual que la coloración anormalmente oscura de la piel, suele ser síntoma de alguna enfermedad que se encuentre ya en un estado bastante avanzado. Por lo general, sin embargo, esa palidez o esa oscuridad no se presentan de súbito, sino que van precedidas de una serie de síntomas que son los que le permiten a los padres darse cuenta de que algo anda mal. En otras palabras, la palidez no suele ser un primer síntoma de que la salud del niño se encuentra afectada. Hay muchas otras señales que sobrevienen primero y que alertan a los padres.

LOS ESTORNUDOS Y LA TOS

El estornudo es una reacción sumamente común en los bebés. Esa reacción puede ser desencadenada por estímulos insignificantes. Puede presentarse en cualquier momento, y casi nunca es señal de que el niño vaya a acatarrarse.

La tos, en cambio, es algo distinto. Muchas veces no tiene importancia. Quizá el niño tosa simplemente para despejar su garganta de alguna secreción nasal que le está molestando. Pero si la tos es persistente, entonces sí debe llamarse al médico. Esa tos continuada puede ser síntoma de infección, especialmente si se presenta con secreciones nasales, fiebre u otros síntomas poco usuales. Desde luego, es necesario señalar que la tos muchas veces está cumpliendo una función benéfica: mantener el pecho del bebé libre de mucus. Por esto, los padres no deben extrañarse si el pediatra, muchas veces, prescribe algún medicamento para **aliviar** la tos del bebé, pero sin intentar eliminársela de un todo. El médico sabe que un poco de tos puede hacer más bien que mal. Por esta misma razón, la madre no debe aumentar la dosis del medicamento antitusivo que haya ordenado el médico. Este probablemente ha prescrito, con toda deliberación y propósito, una dosis más bien pequeña.

Cuando sobreviene la tos, es importante que la madre se fije en la frecuencia de estos accesos, pues es seguro que el médico le va a preguntar cada cuánto tiempo sobrevienen los mismos. El médico también querrá saber si la tos está impidiéndole al niño dormir o alimentarse satisfactoriamente.

La madre también deberá observar, en estos casos de tos, si el ritmo respiratorio del bebé parece acelerarse, si el bebé respira trabajosamente, o si se muestra letárgico o irritable. También es buena idea palparle la piel para ver si se le nota caliente, y se le debe tomar la temperatura, para averiguar si hay algunas décimas de fiebre. Si la madre puede ofrecerle claramente al médico estos datos concretos, lo más probable es que el profesional se sienta mejor orientado para comenzar a averiguar las causas de la tos.

ESTADOS FEBRILES EN EL BEBE

Por regla general, la fiebre alta es indicio casi seguro de la presencia de alguna infección orgánica. Sin embargo, a pesar de ello, esto no debe constituir causa de alarma. Desde el nacimiento hasta la edad de seis años, las fiebres altas constituyen un fenómeno relativamente común en los niños, sin que en realidad exista un trastorno de carácter verdaderamente grave.

No es la fiebre, en sí misma, el síntoma más importante. Resulta bastante frecuente que un bebé, con fiebre alta, se mantenga risueño, alegre, vivaz y despierto, como si se encontrara en un perfecto estado de salud. Sin embargo, hay otros casos en que el niño, con una fiebre muchísimo menor (apenas unas pocas décimas), se ve "tristón", letárgico, irritable, etc. Estos casos, aun habiendo muy poca fiebre, generalmente son más serios.

Como regla general, la madre debe llamar al médico siempre que haya fiebre, por insignificante que sea, tratándose de bebés menores de seis meses. En los mayores de esta edad, no es urgente llamar al profesional si la fiebre se mantiene por debajo de 38½ grados centígrados, a no ser que se presente acompañada de otros síntomas alarmantes, extraños o poco usuales que se destaquen grandemente.

De los seis u ocho años de edad en adelante, las fiebres altas no son ya tan comunes ni frecuentes. Por eso, por extraño que parezca, una fiebre de 40 grados centígrados suele ser peor en un niño de ocho años que en uno de cuatro.

Otro factor al que se debe atender es la **persistencia** de la fiebre. Si se prolonga por tres o cuatro días, por muy baja que sea, ello amerita que se llame al médico, especialmente si esa fiebre no es acompañada de otros síntomas que puedan contribuir a explicarla.

Por el contrario, si el niño ha estado enfermo, es bastante normal que se le mantengan unas pocas décimas de fiebre durante uno o dos días después que el médico ya lo ha dado por curado y aparentemente se vea bien.

OBSTRUCCIONES DE LOS CONDUCTOS RESPIRATORIOS

Cualquier obstrucción del tracto respiratorio superior (nariz, garganta, laringe y tráquea) puede provocar una respiración ruidosa, cosa que resulta sumamente común en los bebés y niños pequeños. Si la obstrucción es muy severa, entonces puede causar una notable dificultad respiratoria.

En los bebés, la causa más común de tales problemas suele ser una anormalidad anatómica congénita. La más común, entre éstas, suele ser la "flojedad" de la laringe. En otras palabras, lo normal es que los cartílagos que rodean a las cuerdas vocales sean firmes y casi rígidos. En muchos casos, no lo son, y esto es lo que provoca las dificultades del bebé para respirar.

En la gran mayoría de los casos, la situación va mejorando con el simple transcurso del tiempo, sin necesidad alguna de tratamientos especiales. Casi siempre, cuando el bebé cumple su primer año de edad, el problema ya ha desaparecido. Conviene, de todos modos, informárselo al pediatra que atiende al niño, aunque lo más probable es que el médico lo note sin necesidad de que la mamá se lo diga. A esta temprana edad, todavía no hay que pensar en un serio problema asmático. Es bastante improbable que el asma se manifieste en bebés de pocos meses de edad.

Otra causa frecuente de los ruidos respiratorios es el subdesarrollo congénito de los maxilares. Esto provoca un desplazamiento parcial de la lengua, que es lo que causa una obstrucción respiratoria, también parcial. Este problema, igual que el anterior, suele solucionarse con el decursar del tiempo, tan pronto los maxilares crecen un poco más y la lengua ocupa su posición normal.

Un poco más serios que los anteriores son los casos de atresia, en los cuales hay una pequeña protuberancia ósea que obstruye la parte posterior de los conductos nasales. Si ambos lados de la nariz están afectados, el bebé tendrá que respirar por la boca y, cuando se alimenta, pasará grandes apuros, ya que le faltará el aire. En estos casos (que por fortuna no

son muy frecuentes), suele ser necesaria la intervención quirúrgica para corregir el problema.

Hay otras causas que pueden ocasionarle al bebé dificultad para respirar normalmente, pero las que hemos mencionado son las más usuales. El tratamiento específico a seguir, en cada caso, dependerá de la causa subyacente del problema.

PROBLEMAS DE ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO

Antes de que pueda ser excretada en la bilis o en la orina, la **bilirrubina** (soluble en lípidos) debe transformarse en una sustancia soluble en agua, y esta conversión o transformación aparentemente requiere la presencia de una determinada enzima que en los recién nacidos solamente aparece en pequeñas cantidades o en un estado inactivo, sobre todo si se trata de bebés prematuros. Por consiguiente, cualquier factor que aumente el volumen de bilirrubina que deba ser metabolizada por el hígado (ya se trate de la eritroblastosis fetal, a la que nos referimos en este libro, o de cualquier otra causa) puede dar lugar a un cuadro clínico de ictericia, o agravar la ictericia ya existente.

Esa ictericia puede estar manifiesta ya en el momento del nacimiento, o exteriorizarse poco después. El recién nacido puede verse letárgico, y quizá se alimente en una forma incompleta. También puede sobrevenir la deshidratación.

La ictericia ya presente en el momento del nacimiento, o la que se manifiesta dentro de las 24 horas siguientes, puede deberse a la eritroblastosis fetal, aunque también puede responder a otras causas (con frecuencia mucho menor).

Si la ictericia no aparece hasta el segundo o tercer día después del nacimiento, entonces es probable que se trate de la ictericia usualmente llamada "fisiológica", que suele responder a una producción excesiva de bilirrubina, bastante severa.

Si la ictericia aparece **después** del tercer día, pero **dentro** de la primera semana, la causa más probable es una septicemia, aunque la sífilis, la toxoplasmosis u otras infecciones también pueden producirla.

Por último, la ictericia que se manifiesta **después** de la primera semana de vida, puede tener diversas causas, incluyendo la septicemia, la atresia de los conductos biliares, la galacto-

semia, la dilatación idiopática de los conductos biliares, distintas formas o modalidades de hepatitis, la presencia de una anemia hemolítica congénita, etc.

De todas estas formas de ictericia, la más común suele ser la ictericia "fisiológica", que generalmente se nota del segundo al tercer día en dos terceras partes, aproximadamente, de todos los recién nacidos, y que desaparece entre el quinto y el séptimo día. La causa parece ser un aumento en los niveles de bilirrubina, lo que es producto, al menos en parte, de una deficiencia de la enzima a que antes nos referimos, necesaria para que esa bilirrubina se convierta en una sustancia soluble en agua y pueda ser excretada por el organismo. En los prematuros, el aumento de los niveles de bilirrubina suele ser un poco más lento, pero de mayor duración. Generalmente llega a su punto máximo entre el cuarto y el séptimo día. (En los bebés nacidos al término de nueve meses, como ya dijimos, los máximos niveles ocurren entre el segundo y el tercer día).

La ictericia del recién nacido requiere un tratamiento que, en cada caso, dependerá de la causa que la está provocando, especialmente cuando los niveles elevados de bilirrubina llegan a constituir una señal de peligro, aunque muchas veces este caso no llega a presentarse. Los niños sanos, nacidos al cabo del término normal del embarazo, parecen ser capaces de tolerar niveles bastante altos de bilirrubina, sin que se produzcan efectos o reacciones de tipo negativo. En algunos casos, es imprescindible acudir a las transfusiones totales de sangre (transfusiones de "intercambio"). En otros, sin embargo, basta con la **fototerapia** (se coloca al niño bajo una lámpara especial, según las indicaciones del médico, o se le pone a tomar el sol antes de las 10 a.m., en los lugares donde no estén disponibles estas lámparas). Desde luego, los casos más complejos exigirán tratamientos más especializados. En cada instancia, el médico hará una evaluación cuidadosa. A veces (como, por ejemplo, cuando hay atresia biliar) una operación puede ser necesaria.

LAS MARCAS DE NACIMIENTO

Es muy raro el bebé que no tenga alguna marca de nacimiento, por minúscula e imperceptible que sea. Las causas de

tales marcas, llamadas hemangiomas, no son enteramente conocidas. El hemangioma es una agrupación de pequeños vasos sanguíneos bajo la piel o casi al mismo nivel de ésta. No tienen naturaleza cancerosa, y rara vez exigen algún tratamiento específico. Por lo general, tienden a desaparecer con el transcurso del tiempo, pero conviene que los padres estén advertidos de que a veces el proceso es sumamente lento, y toma meses e inclusive años. Los hemangiomas más comunes son los que se notan en el cuello, en el puente de la nariz o en los párpados superiores. Estos hemangiomas casi siempre desaparecen antes de que el niño cumpla su primer año.

Otro hemangioma muy común es una mancha de color fresa o rojo brillante, que se presenta hasta en un 10 por ciento de todos los bebés, en las niñas aún más que en los varones. Tal parece que una fresa hubiera sido grabada en la piel del bebé. Estas manchas son más frecuentes en el cuello y en la cara. Por lo general, son pequeñísimas cuando el bebé nace, pero aumentan rápidamente de tamaño, y son bastante grandes cuando el niño llega a cumplir 6 meses. Los padres no deben preocuparse. Ese crecimiento tan rápido es síntoma casi inequívoco de que más tarde la mancha desaparecerá. Cuando se torna de un color rojo muy oscuro y aparece "salpicada" de pequeños puntitos grises, ello suele ser señal de que ya está iniciándose el proceso de desaparición de la mancha. Por regla general, una tercera parte de la misma habrá desaparecido a la edad de tres años; a la edad de seis habrán desaparecido dos terceras partes. Después, la mancha llega a eliminarse casi en un 90 por ciento de su extensión. En cuanto al 10 por ciento restante, hay tratamientos quirúrgicos y también de rayos X, pero, en la mayoría de los casos, es preferible no impacientarse ni apresurarse, y dejar que el tiempo sea el que actúe. Por lo general, los médicos aconsejan los tratamientos quirúrgicos o radiológicos, para borrar la mancha, solamente si la misma llega a constituir un serio problema emocional ("complejo") para el niño. De lo contrario, lo mejor suele ser no hacer nada para eliminarla.

Otros hemangiomas relativamente frecuentes son aquéllos que tienen una coloración rojiza, que resulta muy similar al color del vino de Oporto. Las más comunes tienen forma de diamante y se presentan en la frente, extendiéndose en dirección al puente de la nariz. Cuando el bebé llora, la mancha se enrojece aún más, y lo mismo suele suceder con los adul-

tos que la tienen, cuando se sienten hondamente afectados por algún problema emocional. Estas manchas que también pueden manifestarse en otros lugares del cuerpo, son particularmente notables en las personas de cabello rubio. No hay tratamiento conocido para las mismas. Lo más frecuente es que se desvanezcan parcialmente con el transcurso del tiempo, hasta el punto de que llegan a ser casi invisibles. Tanto para los hombres como para las mujeres, existen en el mercado actual excelentes maquillajes para encubrir dichas manchas, si es que constituyen un problema estético.

LOS COLICOS

Varios estudios médicos, dignos de entero crédito, demuestran que es elevadísimo el porcentaje de bebés que lloran, entre tres y cuatro horas diarias, sin razón aparente que lo justifique. Algunos de esos estudios indican que la proporción de estos casos llega a ser del 80 por ciento.

También las estadísticas se encargan de demostrar que, en la mayoría de los casos, ese llanto habitual, durante los tres primeros meses de vida, es consecuencia directa de los cólicos, sumamente comunes entre los bebés de muy corta edad.

Algunos de estos bebés sufren de cólicos, al parecer, solamente durante el día. (Para los padres, esto es una suerte, ya que pueden dormir descansadamente durante la noche.) Sin embargo, en la mayoría de los casos, no ocurre así.

Los cólicos del bebé, ya sean diurnos o nocturnos, generalmente empiezan a manifestarse entre la **segunda** y la **sexta** semana, y comienzan a hacerse menos frecuentes cuando el niño llega a la edad de tres meses.

Cuando el bebé padece de cólicos, lo más normal es que los mismos comiencen a molestarlo inmediatamente después de la última toma de leche en la noche o al atardecer. En algunos casos, el bebé empieza a sentirse molesto aun antes de haber terminado esa última toma.

Cuando la molestia empieza, el bebé suele flexionar las piernas, de modo que dirige sus muslos hacia el abdomen, y comienza a llorar "sin respiro". No es extraño que el llanto

se prolongue hasta por espacio de dos horas o más. En algunos casos, ya que no en todos, se le notará distendido el abdomen y es posible que también haya gases. Cuando hay un verdadero cólico, lo más probable es que el chupete o un poco de agua no logren calmar el llanto del bebé.

En estos casos, no es nada extraño que el niño al fin se tranquilice, a eso de las 10 o las 11 de la noche. A la mañana siguiente, amanecerá feliz y contento, sin el más leve síntoma de molestia. Al anochecer, no obstante es muy probable que se repita exactamente el mismo cuadro de la noche anterior.

Hasta hace pocos años, se daba por sentado, como cosa segura, que los cólicos tenían un origen intestinal. Por eso, en casi todos los casos, los médicos prescribían un enema y algún medicamento que consideraban apropiado para ese tipo de trastorno. Hoy en día, sin embargo, los especialistas ya no se muestran tan seguros acerca de los posibles orígenes del cólico. Han notado que, cuando un bebé llora incontrolablemente, aspira grandes cantidades de aire, lo que explica que el abdomen se distienda y que, además, haya gases.

En la actualidad, muchos médicos se inclinan a relacionar los cólicos con factores de naturaleza emocional. Señalan, no sin razón, que el llanto es el único medio de que dispone el bebé para relajar y descargar sus tensiones, que sin duda existen, aunque los adultos no se percaten de las mismas. "Buena prueba de ello", dice el doctor T. Berry Brazelton, "la tenemos en el hecho de que, cuando el bebé va creciendo y aprendiendo a relacionarse mejor con el mundo exterior, inmediatamente disminuyen los cólicos o, por lo menos, el llanto que suele asociarse con los mismos".

Se ha dicho, y ello no resulta exagerado, que es mejor, en materia de cólicos, recetarles algo a los padres, y no al bebé. En efecto, para los padres, especialmente si son "novatos", es una tremenda experiencia el tener que enfrentarse, noche tras noche, a un bebé que no cesa de llorar y que no puede aún explicar con palabras qué es lo que le ocurre. No es nada extraño que, ante una situación así, los padres se sientan frustrados, irritables y llenos de dudas acerca de su capacidad para atender debidamente al niño. Se trata de una etapa normal y pasajera, y no hay que tomarla "a lo trágico".

El pediatra, por experimentado que sea, tampoco tiene una solución infalible para estos casos, y sería injusto exigírsela. En la práctica, lo mejor que pueden hacer los padres es resignarse

a pasar una corta temporada de malas noches y, para compensar, tratar de buscarse algunos otros momentos de descanso y paz durante el día. Quizá ésta parezca una solución demasiado simple y "poco científica", pero es la única realista en casi todos los casos.

Lo peor es que algunos padres, sobre todo algunas madres, ante esta fase de cólicos en el bebé, comienzan a llenarse de "complejos de culpa". Se preguntan a sí mismos si es que están fallando como padres, o si están cometiendo algún grave error en la forma de atender a sus hijos. Semejantes autorrecriminaciones carecen de todo fundamento serio. Los padres que empiezan por censurarse por fallos puramente imaginarios, sólo logran complicar innecesariamente una situación transitoria que, de por sí, es absolutamente normal. Está ampliamente demostrado que, mientras más tensos y preocupados se sientan los padres, mayores son las probabilidades de que ello influya negativamente sobre el bebé. Por el contrario, mientras más tranquilidad y autoconfianza sientan los padres, serán mayores las posibilidades de que el bebé supere pronto esa fase transitoria de llantos y cólicos. A veces, los padres, sin duda con la mejor de las intenciones, se lanzan a buscar complejas y elaboradas razones sicológicas para explicarse las reacciones del bebé. Esto, en un buen número de casos, sólo sirve para complicar la situación. Tan negativos son los padres que no se dan cuenta de que los factores sicológicos efectivamente existen y tienen su innegable importancia, como aquéllos otros que tienden a caer en el extremo opuesto y se "indigestan" de sicología. La actitud sana es considerar que la sicología infantil es un valioso **auxiliar** para criar y educar a los hijos, nunca un intrumento para que los padres se dediquen a torturarse a sí mismos con la interpretación que ellos den a la sicología.

LA HEPATITIS

Ya hablamos antes de los casos de atresia hepática. Ahora vamos a considerar otro trastorno del hígado: la hepatitis. Esta consiste, como ya habíamos señalado, en una inflamación del hígado, generalmente provocada por una infección.

La hepatitis es un trastorno relativamente frecuente en etapas más avanzadas de la vida. En los bebés, no es tan frecuente, pero, por su importancia y gravedad, se justifica que le dediquemos algunas líneas en este libro.

La hepatitis de los recién nacidos tiene dos variantes. En algunos casos, puede ser consecuencia de una infección de tipo general que afecte a casi todo el organismo del bebé. Así, tenemos casos en que la hepatitis es una consecuencia directa de la rubéola, de ciertas enfermedades parasitarias o de otros trastornos. En otras palabras, en estos casos, el hígado no es el único órgano afectado.

En la segunda variante, el hígado sí es lo único, o por lo menos el principal, órgano afectado por la hepatitis.

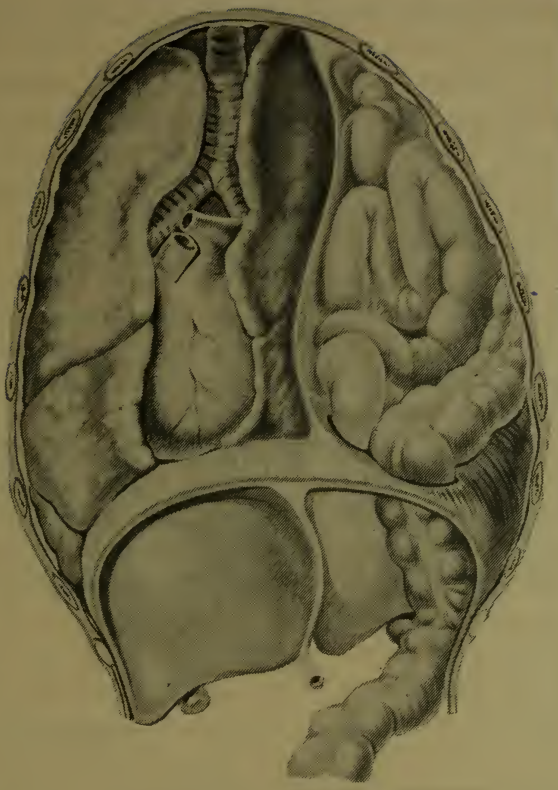
Cuando la hepatitis es una consecuencia de una infección general, los resultados dependerán, en gran medida, del éxito con que pueda ser atacada la causa que la está provocando.

Si la hepatitis es consecuencia directa de algún trastorno específicamente hepático, el médico tomará algunas medidas preventivas para evitar otras complicaciones, pero lo más probable es que el mismo organismo del bebé, con sus defensas naturales, se las arregle para controlar la hepatitis en el término de unos pocos meses. Si los síntomas persisten, probablemente el médico tratará de investigar si se trata, no de hepatitis, sino de un caso de atresia biliar. (Véase lo que ya se explicó anteriormente acerca de este trastorno.)

LA HERNIA DIAFRAGMATICA

El diafragma es un músculo, formado por dos láminas, que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal. En algunos casos, ocurre que, durante la vida intrauterina de la criatura, el diafragma queda incompletamente formado. En tales casos, el bebé nace con el defecto congénito conocido como **hernia diafragmática.** En otras palabras, el diafragma presenta una abertura, a través de la cual los órganos abdominales pueden penetrar dentro de la cavidad torácica.

Si esto ocurre, los órganos abdominales al penetrar en el



Der.: Hernia diafragmática. Si el intestino es el órgano que se desplaza hacia el tórax, puede sobrevenir una obstrucción intestinal.

Izq.: Hernia inguinal estrangulada. Estas hernias se manifiestan más a menudo en el lado derecho.

tórax, donde no les corresponde estar, pueden "empujar" al corazón hacia un lado, y también ejercer una indeseable presión contra los pulmones. La consecuencia inmediata de esto suele ser una grave dificultad respiratoria para el bebé.

También hay otras consecuencias. Por ejemplo, si el intestino es el órgano abdominal que está desplazándose hacia el tórax, podría sobrevenir una obstrucción intestinal, o tal vez una estrangulación de algún segmento del tracto gastrointestinal.

En los casos más graves, la hernia diafragmática puede constituir una verdadera emergencia médica y quirúrgica en el recién nacido. Desafortunadamente, muchos bebés mueren por esta causa, aun con un temprano diagnóstico del problema y con una rápida asistencia quirúrgica.

En los casos menos graves, la hernia diafragmática tal vez ni siquiera presente síntomas, y no es nada extraño que transcurran varios años antes de que el problema llegue a descubrirse. Podemos decir, por suerte, que los casos de hernia diafragmática son en la práctica bastante infrecuentes.

HERNIA INGUINAL

Las hernias consisten, básicamente, en el desplazamiento de algún órgano del cuerpo, que se sale fuera de la que debería ser su ubicación normal. Es relativamente frecuente que un segmento del intestino se escape de la cavidad abdominal, y se deslice hacia la ingle. Estas hernias inguinales son las más frecuentes de todas, aún más comunes que las diafragmáticas y las umbilicales. Y no es extraño que estén presentes en las primeras semanas de vida del bebé.

Se calcula que es probable que hasta un 5 por ciento de todos los recién nacidos padezcan de hernia inguinal, especialmente los varones. En ellos, la hernia inguinal es nueve veces más frecuente que en las niñas. Esa misma proporción se aplica también a los adultos.

En su inmensa mayoría, estos casos se descubren durante el primer año de vida. Muy a menudo, los mismos padres advierten el problema, al notar una marcada protuberancia que se forma en la ingle. Esta protuberancia no es igualmente notable en todos los momentos. A veces parece desaparecer, sobre todo si los padres o el médico ejercen con la mano alguna

presión sobre la misma. En estos casos, se habla de una hernia reducible.

Sin embargo, cuando la presencia de la hernia continúa notándose siempre, bajo cualesquiera circunstancias, se habla entonces de una hernia estrangulada. El intestino puede estar muy retorcido, lo que a veces puede dar lugar a una obstrucción intestinal, o los vasos sanguíneos pueden estar muy comprimidos, y esto puede ser causa de un desarrollo gradual de la gangrena.

La estrangulación de una hernia es causa más que suficiente para acudir de inmediato a la hospitalización y la cirugía. Mientras más pequeño sea el niño, más urgente suele ser la situación. Por ello, casi todos los pediatras se inclinan a operar las hernias en los bebés, aunque sean reducibles, para prevenir mayores complicaciones. Aunque es falso que las hernias desaparezcan solas, como se afirma a menudo erróneamente, lo cierto es que el peligro de estrangulación es mucho menor en los adultos que en los niños.

Desde luego, cuando no hay fiebre, ni vómitos, ni dolores, la hernia no debe ser considerada como una emergencia. Pero, de todos modos, los padres deben estar preparados para que el pediatra recomiende la operación y señale una fecha relativamente próxima para la misma.

Las hernias inguinales se manifiestan más frecuentemente en el lado derecho, pero, en un 15% de los casos, se manifiestan en ambos lados. Por eso, los padres no deben extrañarse de que el médico, al descubrir una hernia en un lado, inmediatamente quiera hacer un detenido reconocimiento del lado opuesto.

Los adelantos de la cirugía han transformado radicalmente el cuadro de las operaciones de hernia inguinal en los bebés muy pequeños. A pesar de que la intervención requiere anestesia general, es frecuente que el niño sea admitido por la mañana en el hospital, y enviado a casa al atardecer del mismo día. Los bebés, aunque parezca extraño, toleran las intervenciones quirúrgicas admirablemente bien, mucho mejor que los adultos. A las pocas horas de la operación, parece que no les ha ocurrido absolutamente nada. En algunos casos especiales, sobre todo tratándose de prematuros, es posible que lo recomendable sea posponer un poco la operación de hernia. En esta circunstancia, es muy posible que el pediatra prescriba el uso de braguero, para sostener el intestino en su lugar.

DISLOCACION DE LA CADERA

La cadera humana puede compararse a lo que los ingenieros suelen llamar una articulación esférica. En este tipo de articulación, hay un extremo de un miembro móvil que es mantenido en una posición fija, mientras que el otro extremo mantiene su libertad de movimientos, casi completa.

En el caso de la cadera, uno de los extremos es la parte superior o cabeza del fémur (hueso del muslo). El otro extremo está formado por los tres huesos principales de la pelvis. La cabeza del fémur es mantenida en su lugar por varios ligamentos y músculos, que se encargan de que la articulación cumpla su función. Si la cabeza del fémur se encuentra desplazada, en forma tal que no está ocupando el lugar que le corresponde, nos enfrentamos a un caso de dislocación completa o parcial de la cadera.

Como ya dijimos antes, en otra parte de este libro, la dislocación de la cadera suele ser un fenómeno de carácter progresivo. Al momento de su nacimiento, son muy pocos los bebés que tienen la cadera completamente dislocada. Lo más frecuente es una simple dislocación parcial, pero, si no se atiende a tiempo, es muy probable que llegue a convertirse en dislocación completa. Mientras más pronto se diagnostique el problema más fácil será el tratamiento y mayores serán sus probabilidades de éxito.

Es por eso, como ya explicamos, que los médicos prestan tanta atención al examen de las caderas en el reconocimiento del recién nacido. Aparte de que una cadera dislocada no permite una completa normalidad de movimientos de las piernas y los muslos, también hay otros síntomas visibles. Por ejemplo, tal vez se note que una pierna es un poco más corta que la otra, y es posible que se advierta una asimetría entre los pliegues de ambos muslos.

Lo más probable es que la dislocación de la cadera sea advertida por el médico o por los mismos padres del bebé. Sin embargo, hay algunos casos, que son los menos, en los que el problema no se advierte hasta que el niño empieza

a caminar. Si es así, lo más probable es que se le note cierta cojera que puede ser corregida a tiempo.

En los casos de dislocación parcial, especialmente si se diagnostica muy temprano, el problema suele ser de bastante fácil corrección. En muchos casos, basta envolver al bebé en una espesa capa de varios pañales, en la forma que el médico indique, para mantener sus muslos separados, y las piernas en una postura que pudiéramos llamar de "patas de rana".

Los casos de dislocación total suelen requerir algún tipo de tracción mecánica. También es posible que sea necesario enyesar al bebé por espacio de unos pocos días o de un par de semanas. El pronóstico suele ser excelente si el tratamiento se inicia temprano.

LAS INFECCIONES EN EL RECIEN NACIDO

Hasta hace cuestión de unos pocos años, las muertes provocadas por infecciones, entre los bebés menores de un año, eran relativamente frecuentes, y aún siguen siéndolo en aquellos países y regiones donde las condiciones higiénicas dejan mucho que desear.

Los antibióticos, cuyo uso comenzó a generalizarse en la década de 1940, causaron una verdadera revolución médica en el tratamiento de las infecciones, no sólo en lo que concierne a los adultos y a los niños mayores, sino también en beneficio de los bebés de muy corta edad. Hoy en día, la mortandad de los menores de un año es sólo una décima parte de lo que solía ser en el pasado. Las infecciones, a principios de este siglo, eran la primera entre todas las causas de mortandad infantil. Hoy en día, han pasado a ocupar un quinto o sexto lugar en la escala.

Por ejemplo, los trágicos casos de niños que morían por pulmonía o por meningitis vertebral son cada vez menos frecuentes.

Existe, no obstante, un porcentaje de niños, por fortuna reducido, para los que las infecciones pueden presentar un peligro particular. Se trata de niños cuyos organismos no

pueden elaborar **anticuerpos** en la forma adecuada. En algunos casos, este fenómeno obedece a la presencia de enfermedades crónicas como la fibrosis quística. También los bebés prematuros son más susceptibles a contraer infecciones durante las primeras semanas de vida, aunque el peligro va disminuyendo con el transcurso del tiempo.

Poco después del nacimiento, en el organismo de todo bebé, comienzan a formarse colonias de microorganismos, que constituyen lo que podemos llamar su flora normal. Se trata de conglomerados inofensivos de gérmenes, que se albergan en la piel, la nariz, la boca, la garganta y los intestinos de la criatura. Si el bebé es sano, nada le impide sobrevivir y mantener una salud excelente con todos estos organismos que se hospedan en distintas partes de su cuerpo, a menos que los mismos se multipliquen a una velocidad exageradamente rápida o invadan partes del cuerpo en las cuales no están supuestos a penetrar. Todos los seres humanos, adultos o niños, vivimos con nuestra flora normal, la que debe ser distinguida de los microorganismos virulentos, generalmente productores de enfermedades.

El bebé, al nacer, inclusive tiene más anticuerpos que su propia madre. Estos importantes anticuerpos pasaron del torrente circulatorio materno al del bebé, a través de la placenta. Esto se aplica a los anticuerpos capaces de combatir las **enfermedades de origen viral.** Sin embargo, el bebé no suele estar tan bien provisto de los anticuerpos encargados de luchar contra ciertas **enfermedades bacterianas.**

Ello suele ser una consecuencia directa del hecho de que la madre también está deficiente en esos mismos anticuerpos y, por consiguiente, no puede transmitir a la criatura aquello que ella misma no tiene. Tomemos, por ejemplo, el caso de la mujer que ya ha tenido el sarampión, o ha sido inmunizada contra esta enfermedad. Lo más probable es que su hijo nazca con un abundante suministro de anticuerpos que lo protegerán contra el sarampión por espacio de los cuatro o seis primeros meses. Por el contrario, si la madre nunca padeció la enfermedad ni fue vacunada contra la misma, su hijo estará expuesto, desde que nace, a contraerla.

En todo caso, el suministro de anticuerpos que la madre proporcionó a su hijo, irá disminuyendo gradualmente. Entre los cuatro o seis meses, al niño le quedarán muy pocos de esos anticuerpos. Estos pocos se mantendrán en su organismo

El ritmo vertiginoso con que los adultos están llevando la vida hoy en día, especialmente en las grandes ciudades, está impidiendo a muchas parejas jóvenes el compartir horas preciosas con sus hijos. La falta de suficiente contacto directo entre padres e hijos es de los factores que más directamente contribuyen a crear niños desajustados. Los niños necesitan un fuerte sentido de la unidad familiar. Está bien que el matrimonio joven se esfuerce por una superación económica, y que la pareja se reserve frecuentes momentos de intimidad, pero dedicando tiempo a los hijos.

Los hijos, de uno y otro sexo, no necesitan sólo de la madre. También el contacto con el padre es vital para forjar la personalidad.

Derecha arriba: A todo niño se le va despertando el interés natural de descubrir, en la misma medida que va desarrollando, las diferentes partes de su cuerpo, como las manos, los pies o cualquier otra. Esta curiosidad incluye a los órganos sexuales, por lo que esa actitud del niño no debe ser motivo de alarma para los padres, y deben aceptarlo como una manifestación del proceso evolutivo del niño. Abajo: Los colores son objeto de atención por parte de los niños, y los padres deben proporcionarle juguetes que contengan un agradable conjunto de los mismos. Esto los ayudará a desarrollar su capacidad intelectual, necesaria para su aprendizaje futuro.

¿Haciendo ejercicios? . . . ¡Sí, aunque él no lo sabe! Los movimientos y las cabriolas naturales de los niños son elementos que van desarrollando progresivamente su coordinación muscular y motora. Aunque todo niño necesita sus horas de completo descanso, los padres nunca deben aspirar, como ideal, a tener un niño "demasiado quieto". El sencillo "ejercicio" que vemos en la foto es sólo un anticipo de la actividad futura.

durante cuatro o cinco meses más. Sin embargo, desde la edad de tres meses, poco más o menos, el bebé, como reacción al contacto con las bacterias y los virus que hay en su medio ambiente, habrá empezado ya a elaborar su propio arsenal de anticuerpos, de la misma clase que aquéllos que hubo de recibir de su madre. Al llegar a la edad de 3 ó 4 años, ya el organismo del niño está produciendo anticuerpos al mismo nivel que un adulto. Es cierto que, desde que nace, el bebé está produciendo otros tipos de anticuerpos, pero no similares a los que recibió de su madre. La producción de éstos, como se acaba de señalar, no empieza, en cantidades realmente significativas, hasta los tres meses de edad.

La criatura tiene su primer contacto con el mundo microbiano exterior cuando, durante el alumbramiento, pasa a través del canal vaginal. En este tránsito, recoge una serie de gérmenes que se incorporan a su organismo y que van a formar parte de su flora normal. Desde su nacimiento, también entrará en contacto con algunos gérmenes nocivos, que ocasionalmente podrán producirle infecciones menores, como catarros o diarreas más o menos frecuentes.

Para defenderse contra ciertos gérmenes altamente nocivos, el niño necesitará la protección que le brindan las vacunas o inmunizaciones, que serán tratadas más adelante con gran detalle en otras páginas de este libro.

También existen, desde luego, las infecciones intrauterinas, aun sin necesidad de que se haya roto prematuramente la "bolsa de aguas". Se trata de infecciones que han pasado, a través de la placenta, del torrente circulatorio de la madre al de la criatura. Un ejemplo clásico lo tenemos en el caso de la sífilis. Otro caso es el de la fiebre tifoidea.

Entre las infecciones que el bebé puede adquirir al atravesar el canal vaginal, debemos señalar las provocadas por el hongo llamado **monilia.** Estos hongos se encuentran naturalmente presentes en la vagina, pero, ocasionalmente, se multiplican en forma excesiva y dan lugar a una infección. Si la madre la padece al momento de dar a luz, es posible que el bebé la recoja. La monilia puede causarle aftas en la lengua y la boca, las que resultan molestas.

Las infecciones adquiridas por el bebé al nacer, antes eran muy comunes. Hoy en día, son más bien raras, debido a las grandes conquistas de la asepsia moderna.

Desde luego, al salir del hospital o clínica y llegar a su

casa, los riesgos de infección aumentan un poco. Por muy cuidadosos que sean los padres y otras personas encargadas de atender al bebé, y por excelente que sea higiene física en la casa, es inevitable que las condiciones de asepsia no sean tan perfectas y técnicas como suelen serlo en un centro médico especializado. Nadie puede evitar que otros miembros de la familia contraigan alguna infección y se la contagien al bebé (sus mismos hermanitos, por ejemplo). Estas enfermedades, sin embargo, muy rara vez llegan a tener un carácter realmente grave. Por lo general, se reducen a catarros, afecciones menores de la garganta, diarreas, gripe, etc. El bebé está expuesto a todo esto. Sin embargo, en los muy pequeños, los síntomas suelen ser muchísimo menos severos que en los bebés un poco mayores.

Las madres no deben angustiarse hasta el punto de incurrir en exageraciones morbosas. Por supuesto, no vamos a exponer deliberadamente a un bebé al contagio, pero tampoco podemos tenerlo totalmente aislado en una urna. Supongamos, por ejemplo, que un miembro de la familia se enferma. Cuando la enfermedad se le viene a notar, lo más probable es que ya haya estado "regando" virus por toda la casa.

OTRAS INFECCIONES ADQUIRIDAS DURANTE LA VIDA INTRAUTERINA DE LA CRIATURA

Hacia 1946, poco más o menos, los científicos comenzaron a prestar una redoblada atención a las infecciones contraídas por la criatura en el útero materno. Esto ocurrió cuando se supo que el virus de la rubéola podía afectar negativamente al feto, de modo especial durante los tres primeros meses. En muchos de estos casos, se produce el aborto espontáneo, que es, en cierta medida, un mecanismo defensivo del que se vale la naturaleza para evitar el nacimiento de criaturas defectuosas.

Sin embargo, no siempre ocurre así. En muchos casos, el embarazo llega a su término, de modo que la criatura nace,

muchas veces con alguna anormalidad más o menos grave. (Hoy en día se estima que estos casos de anormalidades fetales, provocadas por la rubéola, no son tan frecuentes como se pensaba hace unos pocos años.)

Por regla general, aquellos órganos fetales que están desarrollándose a un ritmo más rápido en el preciso momento de producirse el ataque viral a través de la barrera placentaria, son los que resultan más seriamente afectados. Muchos bebés son afortunados y escapan sin mayores consecuencias. Otros, por el contrario, mueren a los pocos días de nacidos, o sobreviven, pero presentando serias lesiones en el corazón, cerebro, hígado, piel, ojos u otras partes del cuerpo. Además, los bebés así afectados pueden continuar albergando el virus, por espacio de un año o más después de nacer, y transmitirlo a otras personas.

La criatura, durante su vida intrauterina, también está expuesta al ataque del virus citomegálico. Este virus hace su aparición hacia la fase final del embarazo, y es transmitido a la criatura a través de la placenta, o probablemente adquirido durante el proceso del parto, debido a las infecciones localizadas en el cuello del útero. Lo grave de este virus es que tiende a atacar el sistema nervioso central y, por tanto, produce lesiones cerebrales que, en los casos más graves, ocasionan la muerte del niño poco después de su nacimiento. Igual que ocurre con el de la rubéola, el virus citomegálico puede permanecer durante varios meses en el bebé, de modo que existe el peligro de contagio. Por fortuna, hoy en día, se han intensificado notablemente las investigaciones acerca de este virus, por lo que se espera que, en un plazo relativamente breve, la ciencia médica dispondrá de mejores recursos para contrarrestar sus efectos nocivos.

El niño aún no nacido también es susceptible al ataque de otros microorganismos que no son ni bacterias ni virus. Uno de ellos es el protozoo llamado toxoplasma, que en los adultos produce la enfermedad llamada toxoplasmosis. En la mujer embarazada, los síntomas de la toxoplasmosis pueden ser ligerísimos, casi imperceptibles.
Sin embargo, la criatura puede morir poco después de nacer, o quedar permanentemente afectada por defectos diversos.

Una característica desafortunada de las infecciones adquiridas intrauterinamente por la criatura, es que las mismas generalmente no se limitan a atacar un solo órgano, sino a varios.

El problema no sería tan grave si solamente los oídos, o la garganta, u otro órgano específico, sufriera las consecuencias. Pero no es así. Y lo peor es que se sospecha que existen otros microorganismos, no identificados aún, que también pueden producir anormalidades congénitas. Sin embargo, debe subrayarse que estos casos no son estadísticamente frecuentes. Constituyen la excepción, no la regla. Además, durante los años más recientes, la ciencia genética ha estado logrando portentosas conquistas, de modo que cada vez es más lo que puede hacerse para **prevenir** estos defectos congénitos.

LA FENILQUETONURIA

Este es un trastorno del que, hasta hace poco tiempo, no se sabía casi nada. Hoy, en cambio, es un fenómeno que se ha estudiado intensamente. Inclusive existen pruebas médicas especiales para determinar si un recién nacido está afectado por la fenilquetonuria y, en algunos países, dichas pruebas ya son legalmente obligatorias.

La fenilquetonuria, aunque no es un trastorno muy común, constituye un excelente ejemplo de la transmisión hereditaria de defectos a través de los genes recesivos. Además, constituye también una impresionante demostración de la interdependencia que existe entre el cuerpo y la mente.

La fenilquetonuria consiste en un trastorno del metabolismo de un aminoácido conocido como fenilalanina.

Los aminoácidos son elementos constitutivos esenciales de todas las proteínas. En el proceso digestivo, el organismo se encarga de descomponer o "desintegrar" a las proteínas en aminoácidos. Al final de la digestión, esos aminoácidos son absorbidos dentro del torrente circulatorio, a través de las paredes intestinales.

Cuando los aminoácidos se incorporan a las reacciones químicas que tienen lugar dentro de las células, pasan a formar nuevas proteínas, o continúan descomponiéndose más aún, ya sea para convertirse en energía o, simplemente, para ser eliminados por el cuerpo.

Hay algunos aminoácidos de extrema importancia (la fenilalanina entre ellos) que el organismo humano no puede elaborar por sí mismo, y que deben ser obtenidos de los alimentos.

Estos son los llamados aminoácidos esenciales, y cada uno de ellos es vital para que se complete alguno de los pasos concretos del proceso normal de crecimiento y desarrollo.

En el caso de la fenilquetonuria, lo que sucede es que el organismo del bebé no puede procesar adecuadamente la fenilalanina, debido a la deficiencia de una determinada enzima. A causa de esto, la fenilalanina va acumulándose en la sangre y en los tejidos. Las pruebas médicas especiales, a que nos referimos antes, se encaminan a determinar si existen niveles anormalmente elevados de fenilalanina en el organismo del bebé.

Como hay determinados genes que se encargan de ejercer el control de las enzimas, se sabe que la fenilquetonuria generalmente es el resultado de algún defecto genético.

Una excesiva acumulación de fenilalanina (o de sus subproductos) puede provocar lesiones cerebrales, causando retardo mental y convulsiones. Además, el proceso de crecimiento y el bienestar físico del bebé resultan afectados en general. En los casos peores, el bebé tendrá una notable falta de apetito, presentará vómitos, y se notará su falta de vigor. Además, su piel tendrá una coloración anormalmente clara, lo que se notará más aún si el bebé pertenece a una familia de piel morena, en ambas ramas.

Esta mejor comprensión que hoy se ha logrado acerca de la fenilquetonuria, permite que este grave desarreglo pueda ser tratado con éxito. El tratamiento se basa en un principio fundamental sumamente simple: suministrar al bebé una dieta que le proporcione la cantidad estrictamente necesaria de fenilalanina, y no más. Por ejemplo, se sabe que las frutas y las legumbres son más bien bajas en fenilalanina, e inclusive se ha logrado producir una leche sintética que, conteniendo todos los otros aminoácidos esenciales, ofrece un contenido muy moderado de fenilalanina.

Si este tratamiento dietético se observa con rigurosa fidelidad, lo más probable es que el niño, al llegar a la edad escolar, ya haya superado el problema.

Diagnosticada la fenilquetonuria, lo más probable es que el bebé no pueda ser lactado por la madre, ni tampoco alimentado con leche de vaca ni con fórmulas comercialmente preparadas, pues todas estas leches contienen cantidades más bien altas de fenilalanina, que es justamente lo que hay que evitar. En tales casos, el pediatra prescribirá un régimen especial de alimentación, que tendrá que ser seguido al pie de la letra.

EL MONGOLISMO (SINDROME DE DOWN)

El síndrome de Down, comúnmente conocido como mongolismo, es una de las causas de retardo mental, que se origina en una anormalidad genética de los cromosomas. En estos casos, hay un cromosoma adicional o superfluo en las células. Se calcula que el mongolismo ocurre aproximadamente en sólo tres casos de cada dos mil nacimientos.

El mongolismo afecta tanto al desarrollo mental como al desarrollo físico. Sus características suelen ser una cabeza pequeña, aplanada al frente y en la parte posterior, ojos un tanto oblicuos (similares a los de los orientales), orejas pequeñas, mandíbulas y boca también pequeñas, nariz corta y aplastada.

En los bebés y niños pequeños, también se nota la flojedad o laxitud de los músculos, así como la prominencia del abdomen. Las manos y los pies tienden a ser anchos, "cuadrados" y aplanados.

En los niños mongólicos, son relativamente frecuentes los problemas cardíacos, y los casos de leucemia y diabetes, por razones que la ciencia médica no ha logrado esclarecer.

El diagnóstico se confirma mediante un análisis directo de los cromosomas. Hoy en día, es posible practicar este análisis durante la vida intrauterina de la criatura.

Hoy por hoy, no hay cura conocida para el mongolismo, por lo que, en muchos casos, se considera la posibilidad del aborto terapéutico.

EL PROBLEMA DE LOS TESTICULOS "ESCONDIDOS"

Las glándulas reproductoras masculinas se forman en una fase temprana de la vida intrauterina, y permanecen en la cavidad abdominal del feto hasta una fase bastante avanzada de la gestación. Cada testículo está unido a un cordón espermá-

tico flexible, que contiene nervios, vasos sanguíneos y músculos. Este cordón también incluye a los conductos deferentes, es decir, los conductos que luego se encargarán de dar salida al esperma masculino.

En la inmensa mayoría de los bebés, al llegar el momento del nacimiento, ambos testículos ya han descendido hasta el escroto. Pero a veces no ocurre así, sobre todo tratándose de los bebés prematuros. Entonces, cuando uno de los testículos (o ambos) no ha descendido, se habla de testículos "escondidos".

Todos los casos no son iguales. A veces, el testículo ha permanecido en la cavidad abdominal. Otras veces se encuentra "a medio camino" en el canal inguinal; es decir, no ha llegado aún hasta el escroto. También hay ocasiones en que el testículo sí ha llegado al escroto, pero luego ha retrocedido hacia la cavidad abdominal. En estos casos, se usa la expresión de "testículos retráctiles". Por lo general, puede lograrse, por simple manipulación, que el testículo retráctil regrese al escroto, sin necesidad de cirugía, y permanezca allí.

La ciencia médica admite que no ha logrado desentrañar el misterio de por qué ocurren estos casos de testículos escondidos. En algunos casos, pero no en todos, el problema obedece a alguna deficiencia del desarrollo inicial en la formación de estos órganos. Por ejemplo, si el testículo aún no ha descendido al llegar la pubertad, lo más probable es que no pueda producir espermatozoides. Este testículo, aunque se haga descender mediante la cirugía, posiblemente nunca llegue a funcionar en forma totalmente adecuada. Si ambos testículos permanecen en la cavidad abdominal después de la pubertad, es casi seguro que el sujeto sea estéril por el resto de su vida, aunque se recurra a la cirugía para que los testículos desciendan. Pero estos casos extremos constituyen la excepción. Por lo general, el problema de los testículos escondidos no llega a tener mayor relevancia.

Cuando el médico resuelve acudir a la cirugía, generalmente el niño tendrá que permanecer varios días en el hospital o clínica, aunque es posible que se le permita levantarse de la cama al día siguiente de la operación. Ultimamente, han estado ensayándose tratamientos hormonales, con vistas a evitar la intervención quirúrgica, pero dichos tratamientos han tenido muy escaso éxito. Hoy en día, sólo se recomiendan los tratamientos hormonales cuando, por alguna razón muy especial, la cirugía no sea aconsejable y, aún así, con muchas reservas.

Cuando el profesional reconoce al recién nacido, examinará el escroto, para determinar si los testículos han descendido. La ilustración muestra el recorrido que siguen los testículos, desde la cavidad abdominal hacia el escroto. En los casos de testículos escondidos, si es uno sólo el que no ha descendido, el médico espera unos años antes de recurrir a la operación para hacerlo descender.

En el reconocimiento del recién nacido, el médico examinará y palpará el escroto, tratando de determinar si los testículos han descendido.

En los casos de testículos escondidos, los médicos se inclinan a recurrir a la operación cuando el niño tiene entre 1 y 2 años de edad, si es un solo testículo el que no ha descendido. Cuando se trata de los dos, generalmente se hace descender uno solo en los primeros años de la vida del niño, y se espera hasta la edad de 5 ó 6 años para hacer descender el otro. En muchos casos, esto último ocurrirá espontáneamente y nunca habrá necesidad de acudir a la cirugía.

XVI - LA ALIMENTACION DEL BEBE

Estamos viviendo en un mundo en el que todo parece haber cambiado o estar cambiando. Sin embargo, al menos hay algo que sigue siendo igual: la leche todavía es el alimento por excelencia para el bebé. La leche es una "combinación" de azúcar, proteínas, minerales y vitaminas, disuelta en agua, y basta para satisfacer la casi totalidad de las exigencias alimenticias de un bebé durante su primer año de vida.

La madre, hoy en día, tiene una posición privilegiada. Los adelantos logrados en la industria de alimentos sintéticos para bebés le ofrecen una alternativa: puede escoger libremente entre lactar al niño, alimentarlo mediante alguna fórmula entre las muchas que hay en el mercado actual, o combinar ambos sistemas, estableciendo un método de **lactancia mixta,** que cada vez está siendo más favorecido por los pediatras.

Lo primero que la mujer debe tener presente es que, no importa cuál sea el sistema que ella escoja, su bebé, bajo circunstancias normales, va a estar adecuadamente alimentado. En otras palabras, si no quiere o no puede lactarlo, no tiene por qué sentirse preocupada ni "culpable".

Es cierto que la lactancia natural parece ofrecer algunas ventajas. Sin embargo, las mismas no son tan decisivas como

para llegar a la conclusión de que, siempre y en todo caso, la mejor elección es la de dar el pecho al niño.

Son muchas las mujeres que, durante la gestación, se sienten preocupadas, pues no aciertan a resolver qué tipo de lactancia van a escoger. A algunas les asusta un poco la idea de lactar a sus hijos. Temen que quizá sus senos puedan deformarse un poco, o quizá que la lactancia vaya a "esclavizarlas" demasiado, especialmente si necesitan o desean trabajar fuera del hogar.

Lo fundamental es desechar todos esos temores, pensando que los mismos son perfectamente naturales y lógicos. Si una mujer siente que no desea lactar a su hijo, no debe crearse ningún "complejo de culpa" por esta causa. El ser o no ser una madre excelente, no depende de que se lacte o no se lacte al niño. La maternidad es algo mucho más profundo, que va mucho más allá de esa decisión.

El temor de que la lactancia natural afecte negativamente a la forma o a la firmeza de los senos, es algo que debe ser descartado. Es innegable que, después de haber tenido hijos, los senos de algunas mujeres pierden algo de su firmeza, pero las investigaciones más recientes demuestran que ello **no** se debe a la lactancia, sino a los cambios hormonales ocurridos en el organismo femenino durante la gestación. Hoy en día, el mismo ginecólogo suele recomendar ciertos ejercicios físicos, para ser realizados durante el embarazo y después del parto, los que contribuyen mucho a evitar que los senos pierdan su firmeza.

En cuanto al temor de que la lactancia natural esclavice a la madre, el mismo suele exagerarse mucho. Muy pronto va a llegar el momento en que el bebé, después de la última toma de la noche, no va a necesitar más ninguna hasta la mañana siguiente. Si se trata de una madre que trabaja, y quiere continuar haciéndolo, debe tener en cuenta que, hoy en día, las llamadas licencias de maternidad, previstas en la legislación de casi todos los países, le conceden unas cuantas semanas libres antes de reintegrarse al trabajo después del parto. Aunque se empiece con el método de la lactancia natural, durante ese tiempo, de acuerdo con el ginecólogo, se podrá "confeccionar" algún programa satisfactorio de lactancia mixta, de modo que el mismo no interfiera con las horas de trabajo de la mujer.

En fin, son muchas las soluciones prácticas a las que se

puede llegar, con vistas a resolver estos problemas en cada caso particular. Lo importante es que la mujer tome libremente, sin ansiedades ni angustias, la decisión de lactar o no lactar a su hijo. La mujer debe sentirse enteramente libre para discutir este tema, pero exclusivamente con su marido y con su médico. Los demás familiares (mamá, abuelita, suegra, tías, etc.) deben considerar que no tienen el menor derecho a intervenir ni a opinar, a menos que se les pida espontáneamente un consejo u orientación. Lo esencial es que la mujer nunca se sienta "acusada" ni "juzgada" por su decisión de lactar o de no lactar a su hijo.

Se ha hablado mucho de los beneficios sicológicos que la lactancia puede surtir sobre las primeras relaciones entre madre e hijo, ya que la misma propicia un estrecho e íntimo acercamiento entre los dos. Es cierto que tales beneficios sicológicos efectivamente existen, pero la sicología actual se encarga de decirnos que los mismos también se obtienen si la madre, al alimentar a su hijo, aunque no le dé el pecho, lo carga amorosa y tiernamente en sus brazos, lo arrulla, le canta con dulzura y suavidad, y le dedica los cariños maternales naturales que son **absolutamente esenciales para el bebé.** (Esto no impide que, ocasionalmente, por ayudar a su mujer y compartir con ella sus responsabilidades, sea el padre quien se encargue de darle el biberón al niño. Más aún: muchos médicos y sicólogos recomiendan que, aunque a la madre le sobren energías y tiempo para hacerlo ella, de vez en cuando debe propiciar que sea su marido quien se encargue de alimentar al niño.)

LA ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO EN LOS PRIMEROS DIAS

Si la mujer da a luz en un hospital o clínica, lo más probable es que se aplique lo que pudiéramos llamar el sistema tradicional. Según éste, varias horas después de nacido el bebé, una enfermera, siguiendo instrucciones del médico, se encarga de darle un biberón con agua de azúcar, aprovechando para comprobar si el bebé puede mamar normal-

mente. Después de esta prueba inicial, el recién nacido comienza a ser alimentado según el horario que el médico indique, ya sea mediante biberón o mediante el pecho.

En la actualidad, sin embargo, existe una flexibilidad mucho mayor, y ya son muchos los hospitales y clínicas que, en aquellos casos en que la madre ha decidido lactar, le permiten hacerlo en el mismo salón de partos, pocos minutos después de haber dado a luz.

Sea cual fuere el sistema, conviene que las madres estén advertidas de que, en los primeros 4 ó 5 días, el apetito del recién nacido parece ser bastante "errático". Hay niños que parecen nacer hambrientos, pero esto no es lo más común. Por lo general, en esos primeros días, los bebés tienden a ser desesperantemente lentos para alimentarse, y muchos parecen no tener el menor interés en hacerlo. Maman en una forma casi espasmódica, y se tardan hasta 20 minutos o media hora para tragar escasamente media onza de leche. También es frecuente que se queden dormidos mientras se les alimenta, sobre todo si la madre, durante el parto o en las horas previas al mismo, ha recibido una fuerte dosis de medicamentos analgésicos. Pero, aunque no sea éste el caso, debe señalarse que tales reacciones apáticas del recién nacido, en lo que a su alimento se refiere, son plenamente normales y no deben constituir motivo de preocupación.

También es normal que, durante la primera semana, el bebé pierda un poco de peso, que muy pronto va a recuperar.

La mujer que lacta debe saber que, durante los primeros días, sus pechos no van a producir leche propiamente dicha, sino un líquido acuoso, poco espeso, pero muy rico en proteínas, llamado **calostro.** Al tercero o cuarto día, es que comienza la producción de la verdadera leche, y generalmente aumenta entonces el apetito del bebé. Lo importante es que la madre se sienta relajada y tranquila.

¿CUANTAS VECES AL DIA SE ALIMENTA EL BEBE?

El bebé promedio, en su primera semana de vida, se alimenta entre 6 y 10 veces diarias. Durante las tres semanas

siguientes, de 6 a 8 veces. Después del primer mes, siempre de acuerdo con el pediatra, las tomas de leche pueden ir espaciándose un poco más, de modo que, cuando el bebé tiene entre 4 y 6 meses, sólo es necesario alimentarlo 4 ó 5 veces al día.

Si la mujer ha dado a luz en un hospital o clínica, lo más probable es que, si va a lactar a su hijo, desde el principio le fijen un horario, a base de cada cuatro horas. Muchas madres piensan que, una vez que ya estén en casa, el bebé continuará ateniéndose fielmente a este programa, y casi todas se llevan una sorpresa cuando descubren que no es así.

Será mejor que la madre esté preparada para esperar cierta irregularidad por parte del bebé. En las primeras semanas, es bastante común que el niño reclame alimento con mucha frecuencia, a veces cada hora o cada dos horas. Esto puede repetirse hasta 4 ó 5 veces. Después, quizá el niño se pase un período largo, hasta de cinco horas, sin "pedir" comida. Muy pronto, sin embargo, el bebé se acomodará a un horario más regular y estable. Pero muchas madres se preguntan qué debe hacerse mientras ese momento no ha llegado aún.

En principio, la mujer deberá guiarse por las instrucciones que reciba del pediatra. Hoy en día, cada vez son menos los médicos partidarios de un horario inflexiblemente estricto. Muchos piensan que es preferible alimentar al bebé cada vez que éste da señales de tener hambre, siempre que no sea a intervalos menores de dos horas. La madre muy pronto aprende a darse cuenta de cuándo es que el bebé está hambriento. No sólo el niño llorará alto, sino que hará movimientos de "búsqueda", como si estuviera tratando de encontrar algo que mamar. Desde luego, el llanto del bebé puede tener otras causas, pero, cuando no hay otros motivos que obviamente lo expliquen, la madre puede sentirse razonablemente segura de que la causa es el hambre.

Es comprensible que los padres aspiren a no tener que alimentar al bebé varias veces durante la noche. Al principio, lo mejor será tener un poco de paciencia y aceptar el hecho de que los padres de un bebé muy pequeño probablemente no puedan dormir a pierna suelta, sin interrupciones, toda la noche. La impaciencia por acostumbrar al niño a dormir sin alimento la noche entera, no sólo no produce resultados, sino que además crea problemas emocionales.

Dentro de esto, los padres pueden tratar de encontrar el sis-

tema práctico que les resulte más conveniente y cómodo. En esto, los consejos del pediatra suelen resultar de gran valor práctico. Por ejemplo, en algunos casos, la madre trata de alimentar al bebé justamente antes de ir ella a acostarse, lo que casi siempre sirve para garantizarle unas cuantas horas de sueño ininterrumpido. Otras madres encuentran práctico no esperar a que el niño se despierte llorando en medio de la noche, sino prefieren despertarlo a determinada hora para darle una toma de leche y así lograr que siga durmiendo tranquilamente el resto de la noche. Cuando el bebé tenga entre 3 y 5 meses, lo más probable es que duerma la noche entera sin despertarse, sin necesidad de ser alimentado entre su última toma de la noche y la primera del amanecer.

En los casos de lactancia natural, muchas madres se preguntan qué sistema es el mejor: si darle al bebé ambos pechos todas las veces o si darle un solo pecho cada vez, alternándolos. La mayoría de los médicos dejan a la madre en libertad de seguir el método que prefiera, cuando tienen abundante leche y el niño se mantiene bien alimentado. Sin embargo, en los casos en que sea necesario estimular la secreción de leche, es preferible seguir el sistema de dar ambos pechos cada vez. Cuando se hace esto, el orden se invertirá para cada toma. Por ejemplo, si se le ha dado al niño el seno derecho primero y después el izquierdo, a la siguiente vez se hará lo contrario: se empezará por el izquierdo y se terminará por el derecho.

Después de las primeras semanas, cuando los hábitos de lactancia ya están bien establecidos y más o menos regularizados, la madre puede iniciar un sistema de lactancia mixta, dándole al bebé varios biberones de fórmula durante el día, aunque continúe amamantándolo el resto de las veces. Para iniciar este sistema, siempre conviene tomar en cuenta las opiniones del pediatra. Si la mujer puede lactar naturalmente sin inconvenientes mayores, es preferible no apresurar demasiado el momento de introducir la lactancia mixta.

GASES Y ERUCTOS

Ya sea que se le dé el pecho o el biberón, los bebés tienden a tragar aire cuando son alimentados. Una burbuja de aire en

el estómago, si es bastante grande, ocasiona una sensación molesta, de la que el bebé se libera eructando. Para que lo haga, la madre debe ayudarle un poco. Puede "sentar" al bebé en su regazo, mirando hacia delante y palmear la espalda. Esta oportunidad de eructar debe dársele después de cada toma de leche, e inclusive si el bebé hace una pausa larga en medio de una toma. Si pasan unos 5 minutos y el bebé no eructa, ello es señal de que probablemente no haya gases y, por tanto, se le puede poner en la cuna.

El hipo después de cada toma de leche, especialmente en el bebé aún muy pequeño, debe considerarse normal, y no exige medidas de ninguna clase. Generalmente cesa cuando el bebé eructa. Otros niños, sin embargo, continúan con el hipo hasta quedarse dormidos. Nada de esto es alarmante.

Algunos bebés, al eructar, devuelven una pequeña cantidad de leche. Esto tampoco debe ser causa de preocupación, y es algo que nada tiene que ver con el vómito característico de alguna enfermedad.

ALIMENTACION DE LA MADRE QUE LACTA

En principio, la leche materna casi siempre es altamente beneficiosa para el bebé, pero puede serlo aún más si la madre lactante se alimenta debidamente. Una alimentación pobre puede hacer que la leche materna resulte deficiente en calcio y vitaminas.

La carne, la leche, el huevo, las frutas frescas, las legumbres de hoja verde, el pan, los cereales y la batata (camote, boniato) son alimentos que la mujer lactante debe incluir en sus menús habituales. El pescado debe comerse, por lo menos, una vez por semana, pues la lactancia impone a la mujer una gran demanda de hormonas de la tiroides, y el pescado es rico en **iodo,** importante para dicha glándula.

¿QUE ALIMENTO EVITAR?

Muchos médicos, hoy en día, son muy liberales al respecto, y no prohíben casi ningún alimento a la madre lactante, pero se recomienda no abusar de las ostras y demás mariscos, de las carnes en conserva, de ciertos condimentos (como la cebolla, la pimienta y el ajo), de los espárragos y de la col (repollo). Ninguno de estos alimentos está terminantemente prohibido, pero es mejor ingerirlos con mucha moderación.

MEDICAMENTOS A EVITAR

La madre lactante debe prescindir de medicamentos que el profesional no le haya autorizado. En especial, debe ser cuidadosa con los que contengan bromo, ácido salicílico, antipirina, arsénico, mercurio, quinina, ergotamina, hidrastina, morfina, belladona, atropina, escopolamina, antimonio, ioduro de potasio, éter y cloroformo. Deben evitarse los sedantes y barbitúricos, así como los purgantes de efectos muy enérgicos.

EL DESTETE

No hay regla fija para señalar en qué momento debe suspenderse la lactancia natural. Si la madre tiene abundante leche y la lactancia no ofrece dificultades, y si el niño está desarrollándose satisfactoriamente con este sistema de alimentación, el mismo puede prolongarse por espacio de varios meses.

Lo que los médicos sí recomiendan es que el destete se haga en una forma gradual, no súbitamente. Por una parte, el destete gradual evita que la mujer experimente molestias en los pechos; además, le da tiempo al bebé para "acostumbrarse" a otro sistema de alimentación. Por lo general, lo mejor suele ser ir suprimiendo una o dos tomas diarias, hasta llegar a la supresión total de la lactancia natural. Este proceso no tiene que cumplirse en un número fijo de días. La mujer, "sobre la marcha", puede ir haciendo la transición, en la forma que vaya resultando más cómoda para ella y más satisfactoria para el bebé.

COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA

Dos suelen ser las complicaciones que más comúnmente se relacionan con la lactancia natural. La primera es la **mastitis,** consistente en una infección general del seno. La otra es un **absceso,** que también es una infección, pero no general como la anterior, sino localizada en un área específica.

Generalmente ambos tipos de infección son causados por estafilococos, y ambos problemas suelen ser más comunes cuando hay una abundancia exagerada de leche. En algunos casos, el problema puede sobrevenir si la madre se precipita en el proceso del destete y trata de hacerlo demasiado abrupto. Debe señalarse, por último, que las situaciones muy prolongadas de tensión emocional también influyen. Esto se comprobó durante la II Guerra Mundial, cuando, entre las madres lactantes, hubo un notable aumento de estas infecciones, en aquellas áreas que estaban soportando frecuentes ataques enemigos, co-

mo ocurrió durante los bombardeos de Londres.

En el pasado, en los casos de mastitis, los médicos solían indicar el destete inmediato. Hoy en día, esta opinión se ha modificado. Si se deja de lactar, los pechos pueden congestionarse aún más, y es más probable que se formen abscesos. Por eso, muchos médicos recomiendan que la mujer con mastitis siga lactando, aunque le prescriben descanso en cama y le recetan antibióticos eficaces contra las infecciones causadas por estafilococos. Estas infecciones suelen recurrir si la madre comete nuevamente el mismo error de querer lograr un destete demasiado apresurado.

Cuando hay abscesos, muchas veces es necesario recurrir a una pequeña incisión quirúrgica y al drenaje de los pechos, todo lo cual puede hacerse con anestesia local. Sin embargo, en los casos de abscesos muy grandes y profundos, es posible que la mujer tenga que ser hospitalizada y deba aplicársele anestesia general. Una vez resuelto el problema, el médico indicará a la mujer si debe o no continuar lactando.

¿CUANTO TIEMPO DEBE MAMAR EL BEBE EN LA LACTANCIA NATURAL?

El niño, por lo general, no consume la misma cantidad de leche todas las veces. Hay un patrón, que suele ser bastante general, aunque, desde luego, hay excepciones. El bebé tiende a consumir más leche en el primer amamantamiento del día. La cantidad disminuye en los dos amamantamientos siguientes; aumenta de nuevo en el cuarto turno, luego disminuye, y, finalmente, vuelve a aumentar en la última toma de la noche.

La naturaleza es sabia y quizá convenga que haya trazado ese patrón que acabamos de describir. Por una parte, la primera leche materna del día suele ser la más rica en proteínas, esenciales para la adecuada nutrición del niño. Por otra parte, el hecho de que, en su última toma, vuelva a aumentar la cantidad de leche sirva para aplacar el apetito del bebé durante la noche, facilitándole así el descanso de los padres.

En cuanto al tiempo, no hay regla fija. Muchos pediatras estiman que bastan 20 minutos, 10 en cada pecho, si la madre

adopta el sistema de darle ambos cada vez. Otros sugieren que se aumente el tiempo del primer pecho y se disminuya el del segundo, de modo que el bebé mame 15 minutos de un lado y 5 minutos del otro.

En general, los médicos señalan que la mejor guía es la conducta del propio bebé. Cuando el niño cesa de mamar, se le ve satisfecho y la madre siente el pecho vacío, lo más probable es que ya la criatura haya mamado lo suficiente, y no debe estimulársele para que prosiga. Muchos pediatras aconsejan a las madres guiarse por esta regla y no estar pendientes del reloj.

En los dos primeros días, sin embargo, no debe esperarse que el recién nacido mame tanto tiempo. Generalmente, en esos dos días, se limitará a 5 minutos de cada lado, y el tiempo irá aumentando poco a poco, hasta llegar a un total de 20 minutos al final de la primera semana.

HIGIENE DE LOS PECHOS

Muchos médicos entienden que la lactancia no obliga a adoptar ninguna medida higiénica especial, siempre que la madre sea una mujer habitualmente pulcra en su vida diaria. Sí recomiendan que, después de cada amamantamiento, los pezones se mantengan por un breve rato expuestos al aire. No es necesario lavárselos con agua después de lactar, pero la mujer puede hacerlo si así lo desea. Algunos médicos pueden prescribir un ungüento, generalmente a base de lanolina, especialmente si los pezones se ven agrietados, situación que generalmente se corrige en un breve término de 2 ó 3 días.

LA LACTANCIA EN BIBERON

La leche de vaca tiene concentraciones mayores de proteínas y sales que la leche materna. Además, esas proteínas y esas sales no son idénticas en una y otra leche. Ambas contienen

cantidades adecuadas de **vitamina A**, pero son deficientes en **vitaminas C** y **D**. Además, ni la leche materna ni la leche de vaca contienen suficiente mineral de hierro. Sobre las importantes funciones que estas vitaminas cumplen en el régimen alimenticio del bebé —y sobre la forma de administrárselas— hablamos más adelante en este libro, y también señalamos algo respecto al hierro, mineral que, aunque indispensable, nunca debe proporcionársele al niño en dosis exageradamente altas, ya que su exceso podría llegar a surtir efectos tóxicos.

Si al recién nacido le diéramos leche de vaca sin diluir, probablemente estaríamos forzando a sus riñones a "trabajar" más de la cuenta. Es por esto que, cuando la madre no va a lactar, al niño no se le alimenta, hoy en día, con leche de vaca pura, sino con fórmulas modificadas, especialmente durante los 3 ó 4 primeros meses. En la confección de esas fórmulas, lo que se hace es reducir las altas concentraciones de proteína y sales a que nos referimos antes.

Hay **tres tipos básicos** de fórmulas: **(1)** leche evaporada, diluida en agua; **(2)** leche de vaca, diluida en agua, y **(3)** fórmulas comercialmente preparadas para bebé.

En los tres casos, lo que se logra es modificar la leche de vaca para hacerla más similar a la leche materna. En las fórmulas comercialmente preparadas, que son las que más se usan hoy en día, la grasa de la leche es sustituida por grasas vegetales y, además, suelen añadirse vitaminas y mineral de hierro. Estas fórmulas pueden ser líquidas o en polvo, a las que se agregará agua para diluirlas. Hoy en día, hay excelentes marcas comerciales de fórmulas para bebés, y el médico recomendará la de su preferencia. También hay fórmulas especiales para aquellos niños que, por alguna razón, no toleran bien las más comúnmente usadas.

Los pomos o frascos para darle la leche al niño generalmente vienen en dos tamaños: de 4 y de 8 onzas (113 y 227 g) líquidas. Con el recién nacido, se utilizarán los más pequeños y, poco después, empezarán a usarse los mayores. Se recomienda, cuando la madre está equipándose para el hijo que va a nacer, que compre ocho pomos de cada tamaño.

Hoy en día se admite que no es necesario calentar la leche. Nada se opone a que el bebé la tome fría; más aún: a muchos bebés parece encantarle así. Algunos pediatras, no obstante, recomiendan que la leche se le dé al niño a la temperatura ambiente, e inclusive un poquito más caliente que eso.

LA DIETA DEL BEBE

En los últimos años se han ampliado los estudios sobre dietética infantil, especialmente desde que se descubrió que la obesidad y los trastornos de la coronaria pueden tener un remoto origen en la alimentación del bebé. Hoy en día, por ejemplo, cuando ya el niño tiene varios meses de edad, muchos médicos prefieren que se le comience a dar la leche descremada o semidescremada, pero esto no debe hacerse prematuramente, pues el niño, en esos primeros meses, necesita las grasas de la leche.

También hoy sabemos que el número de células grasas, presentes en el organismo al terminar la primera fase de la niñez (alrededor de la edad de 3 años), permanecen en el cuerpo a lo largo de la vida, cualquiera que sea la dieta habitual que luego se adopte. Además, hay razones para sostener que el aumento de células grasas influye sobre el apetito, de modo que, si dichas células aumentan, el apetito aumenta también, y la persona fácilmente incurre en excesos al comer.

Hoy sabemos que un bebé gordito no es necesariamente un bebé sano, y la obesidad infantil suele ser la precursora de la obesidad en el adulto. Por eso, hoy se procura evitar el exceso de calorías en la alimentación infantil. Por la misma razón, muchos médicos prefieren que las carnes y las frutas no se introduzcan demasiado temprano en la dieta habitual del niño. También se les insiste a los padres para que no fuercen a sus hijos a comer en demasía. Si nos damos cuenta de que el niño ya está satisfecho, lo mejor será no insistirle para que siga comiendo.

Las madres deben tener muy en cuenta que no es solamente la salud física de su hijo lo que está en juego, sino también su futuro bienestar emocional o síquico. Más tarde, cuando lleguen los años escolares, si el niño ha desarrollado desde su infancia un sobrepeso excesivo, es posible que sus compañeros hagan burla de él llamándole "gordito" y aplicándole otros motes. El niño también sufrirá al ver que no tiene la misma agilidad que sus amigos para participar activamente en juegos, ejercicios y deportes escolares.

LAS VITAMINAS

Las vitaminas son compuestos químicos orgánicos, contenidos en los alimentos en cantidades diminutas, pero esenciales para el mantenimiento de la buena salud. Las deficiencias vitamínicas suelen producir trastornos de diversos tipos. Las principales vitaminas son la A, las del complejo B, la C y la D. Las del complejo B generalmente son las que están mejor representadas en una amplísima variedad de alimentos, incluyendo la leche materna y la de vaca. En cambio, hay mayor peligro de que la alimentación infantil pueda resultar deficiente en las otras tres vitaminas: A, C y D. Hay otras vitaminas, aparte de las mencionadas, pero generalmente el organismo las obtiene de los distintos alimentos, de modo que rara vez es necesario preocuparse por las mismas.

La vitamina A se encuentra principalmente en la leche, la mantequilla, el queso, la yema de huevo, las zanahorias, la calabaza, el camote (batata, boniato) y las grasas animales. El hígado de pescado (en especial del bacalao y el atún) contiene grandes cantidades de esta vitamina. De esta fuente es que principalmente se extrae la misma para su procesamiento comercial.

La vitamina C se encuentra en casi todas las frutas y legumbres frescas, pero sobre todo en las frutas cítricas (naranja, toronja, limón), y también en el tomate y en las verduras.

La vitamina D se halla en los aceites de pescado y en los huevos. Además, es elaborada por reacciones químicas en la piel humana, bajo la acción de los rayos solares.

Hoy en día, en muchos países, la industria procesadora de alimentos suele añadir vitamina D a la leche.

La vitamina A es importante para el desarrollo normal de la visión; la vitamina D es esencial para el desarrollo y crecimiento de los huesos, y la vitamina C (ácido ascórbico) es necesaria para el desarrollo de los pequeños vasos capilares y de otras estructuras del organismo humano, así como para aumentar la resistencia a las infecciones.

El crecimiento pobre, falta de apetito y catarros exageradamente frecuentes son síntomas comunes de deficiencias vitamínicas.

El bebé promedio necesita 1.500 unidades diarias de vitamina A; de 30 a 60 miligramos de vitamina C y 400 unidades de vitamina D. No importa en qué forma las reciba. Si la dieta habitual de un niño contiene dichas cantidades, no será necesario darle suplementos vitamínicos. Con los bebés, en cambio, hoy

día es cosa común comenzar a darles vitaminas desde que tienen unos cuantos días de nacidos. El médico prescribirá la dosis, que generalmente se administrará mediante un gotero. En esto, la madre debe atenerse estrictamente a las instrucciones recibidas del médico. No debe, por su cuenta y riesgo, administrarle al niño vitaminas que no le han sido recetadas, ni debe dárselas en dosis mayores de lo que el profesional señale. Hoy en día hay excelentes preparaciones vitamínicas especiales para bebé.

MINERAL DE HIERRO

Ya dijimos que la leche materna y muchas fórmulas no contienen suficiente hierro. Este mineral debe incorporarse a la dieta habitual del bebé, a más tardar en el tercer mes de vida. Hay leches infantiles que vienen ya fortificadas con hierro, o éste puede administrarse en gotas, en la forma que el médico indique. El hierro en exceso puede resultar sumamente peligroso. Al niño no debe dársele más que la dosis prescrita. Una vez que comience a comer suficientes alimentos ricos en hierro, probablemente el médico suprima los suplementos de este mineral.

Además del mineral de hierro, es posible que el médico ordene algún suplemento de **fluoruro sódico,** especialmente en zonas donde el contenido de fluoruros en el agua potable es muy bajo. Este suplemento generalmente se le sigue dando al niño hasta mediados de la adolescencia, cuando ya le hayan brotado sus dientes permanentes.

INTRODUCIENDO ALIMENTOS SOLIDOS EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO

Muchos pediatras, hoy en día, son partidarios de no dilatar el momento de comenzar a darle alimentos sólidos al niño. Son muchos los que recomiendan los cereales (empezando usualmente por el de arroz) y las compotas de frutas desde que el niño cumple su primer mes. Se comienza, desde luego, en pequeñas dosis (no más de una a cuatro cucharadas de cereal al día, y otro tanto de compota), que irán aumentándose gradualmente. En la actualidad, muchos alimentos para bebés, comercialmente preparados, son excelentes.

Por otra parte, hay cierta evidencia para estimar que no todos los bebés están igualmente preparados para aceptar alimentos sólidos a muy temprana edad. Algunos parecen acostumbrarse

en seguida a estos alimentos, tan pronto tienen 8 semanas, y quizá hasta antes. Otros, en cambio, rehúsan tenazmente el alimento sólido, y lo escupen, una y otra vez, siempre que se les da. Si su bebé pertenece a este segundo grupo, será mejor no insistir y esperar unas pocas semanas antes de tratar de nuevo.

Los nuevos alimentos no deben presentarse todos juntos a una misma vez. Generalmente se recomienda comenzar con un poco de cereal de arroz, que se dará al niño con su segunda y su penúltima toma de leche en el día, diluyéndolo en la fórmula (o en leche de vaca, si la madre lo está lactando). Poco a poco, si el bebé tolera bien el cereal, se puede ir fortaleciendo la mezcla y aumentando su volumen, e inclusive se puede añadir avena y cebada. Luego, a intervalos de 2 ó 3 semanas, se van añadiendo las frutas, las legumbres y la carne, en ese orden.

Cuando se le da al niño un alimento nuevo, es bueno esperar por lo menos 3 días antes de presentarle otro, nuevo también. Así la madre puede darse cuenta de cómo el niño va tolerando cada alimento.

En cuanto a los jugos, salvo que el pediatra indique otra cosa, sí se pueden comenzar desde el primero o el segundo mes. Especialmente en regiones de clima muy cálido, conviene dar al niño un poco de jugo entre sus tomas de leche.

Muchos pediatras prefieren esperar hasta el sexto mes para darle huevo al niño. Generalmente se comienza por la yema sola. Luego, si la tolera bien, al mes siguiente se le puede dar ya entero, en una variedad de formas.

Por último, en el caso de niños pertenecientes a familias donde abunden los casos de alergia, conviene posponer un poco más la introducción de alimentos sólidos.

Tratándose de bebés mayores de siete u ocho meses, muchos pediatras opinan que, para contrarrestar cualquier tendencia a la obesidad, debe empezar a dársele la leche descremada o semidescremada, **si es que el pequeño está obteniendo suficientes grasas y calorías del resto de su menú habitual.** No hay que tener el temor de que tales leches "alimenten" menos. La leche descremada (o semidescremada) retiene los mismos elementos nutritivos que están presentes en la leche integral, salvo la grasa. Esta precaución, sin embargo, no suele ser necesaria tratándose de niños que se mantengan en su peso normal, sin evidenciar una indeseable y peligrosa tendencia a engordar.

XVII - OTROS PROBLEMAS DE LA INFANCIA

Está ampliamente demostrado, más allá de toda duda, que el bebé, por naturaleza, necesita mamar, y no sólo para alimentarse. Cuando llega el momento en que un bebé comienza a chuparse el dedo, muchos padres se preocupan innecesariamente, sin pensar que se trata de algo enteramente normal. El chuparse el dedo no revela que el bebé esté desnutrido, ni tampoco anuncia el nacimiento de un hábito permanente.

Salvo rarísimas excepciones, llegará un momento en que el bebé, espontáneamente, desistirá de chuparse el dedo. Los padres deben ser pacientes y no tratar de anticipar la llegada de esa fase. El chuparse el dedo es un hábito netamente infantil, y llega una etapa del desarrollo en que el niño, si lo dejan en paz al respecto, lo abandona él solo. El hecho de que algunos niños se tarden más, y otros se tarden menos, en arribar a dicha fase, carece por completo de importancia, al menos en la inmensa mayoría de los casos.

En cuanto al uso del chupete, hay padres que quizá pequen de un poco de intransigencia y rechazan terminantemente la idea de darle un chupete o teto al bebé. Consideran que el uso del chupete es una "vejez", propia de los tiempos de antes, que no se justifica hoy en día. Algunos sicólogos defienden

la misma tesis, pero estando conscientes de la necesidad que el bebé tiene de mamar, no se oponen a que se le permita el hábito de chuparse el dedo.

Hoy en día la opinión dominante, entre médicos y sicólogos, es la de aprobar el uso del chupete, siempre que los mismos padres no contribuyan a que el niño **abuse** del mismo.

En otras palabras, está demostrado que la necesidad de mamar es más intensa durante los cuatro primeros meses. Y ésta es, por consiguiente, la etapa en que el chupete puede rendir su máxima utilidad.

Si un bebé, después de haber quedado satisfactoriamente alimentado, al cabo de una hora poco más o menos, se ve intranquilo y majadero, lo más probable no es que haya vuelto a sentir hambre, sino más bien que esté en busca de algo que pueda chupar o mamar. Si este patrón de conducta se repite con cierta regularidad entre una y otra toma de leche, muchos pediatras y sicólogos aconsejan que se recurra al chupete. Algunos señalan que, si el chupete es permitido, disminuyen las probabilidades de que el niño adquiera el hábito de chuparse el dedo (aunque ya señalamos que este hábito es natural y no resulta nocivo). Además, suele ser más fácil que el niño, en una fase más avanzada de su desarrollo, desista del chupete, mientras que posiblemente demore más si lo que se chupa es el dedo. La retirada del chupete, a una edad relativamente temprana, no causa en el bebé ninguna seria perturbación emocional.

Lo que las madres no deben hacer es recurrir al chupete constantemente o con una exagerada frecuencia. Será mucho mejor que se lo den al bebé en forma más bien esporádica, y preferiblemente por períodos no muy largos. Si se hace así, lo más posible es que el niño desista pronto del chupete. Si éste se le retira y el niño comienza a chuparse el dedo, lo mejor será dejarlo que lo haga, y no acudir nuevamente al método del chupete.

También resulta enteramente normal que haya bebés de un temperamento más nervioso que otros, como lo han experimentado en la práctica las madres que han tenido varios hijos. Estas diferencias de temperamento son normales y no deben constituir motivo de alarma. Muchos médicos estiman que el chupete, para los bebés más nerviosos y "agitados", actúa como un verdadero sedante, sin los efectos dañinos que el abuso de los tranquilizantes conlleva para los adultos de esta turbulenta época en que vivimos. Igualmente se aconseja su uso cuando la madre nota que el bebé tiene gran dificultad para conciliar el sueño.

El temor de que el chupete pueda causar deformaciones de la dentadura, generalmente carece de fundamento sólido. Dicha posibilidad sí existe, pero sólo en los casos en que se permite un uso abusivo y prolongado del teto. Sí es aconsejable, de todos modos, evitar los chupetes gruesos y de consistencia dura.

EL LLANTO DEL BEBE Y SUS CONSECUENCIAS

Los bebés no lloran por ser majaderos o malcriados. Lloran porque lo necesitan. Ese llanto puede tener muchas causas, y lo más prudente es tratar de investigarlas todas, no dejar que el bebé llore solo en su cuna, pensando que esto es lo mejor para que no se malcríe, como equivocadamente creen algunos padres, sin duda guiados por la mejor de las intenciones. Esta tesis de dejar llorar al niño estuvo muy en boga hace 25 ó 30 años. Hoy, las investigaciones de la actual sicología infantil se encargan de decirnos que tal cosa es un error. Si el niño llora, una persona adulta debe ir a su lado para tratar de investigar qué le ocurre y, en caso necesario, aplicar las medidas conducentes a que el bebé se sienta mejor.

La causa más frecuente del llanto suele ser el hambre. Puede ocurrir, aun entre los bebés que se alimentan más vorazmente, que a veces no ingieran una cantidad suficiente de leche y, por consiguiente, el hambre no les permita aguardar un intervalo completo de 3 ó 4 horas hasta la próxima toma. En tales casos, casi todos los pediatras aconsejan que la madre no se empecine en adherirse estrictamente a un horario inflexible. Por el contrario, se aconseja que se anticipe un poco el momento de la próxima toma. El peso del bebé siempre debe ser vigilado, con la frecuencia que el médico señale, pero más aún en el caso de aquellos niños que tiendan a llorar mucho. Quizá la leche materna no les esté resultando suficiente. Si se alimentan con biberón, la madre puede conversar con el médico sobre la conveniencia de aumentar las cantidades de fórmula o de empezar a introducir, moderada y paulatinamente, alimentos sólidos en la dieta del bebé.

El bebé también puede llorar por sed. Aunque, en los primeros tiempos, muchos médicos entienden que el contenido

de agua de la leche ya es suficiente para aplacar la sed en el niño, otros especialistas aconsejan que, entre una y otra toma, se ofrezcan al bebé de 2 a 5 cucharadas de agua hervida, a la temperatura ambiente. Si el bebé necesita el agua, la tomará; de lo contrario, probablemente la rechace y, en ese caso, no debe forzársele a que la acepte. Por lo general, si la orina es escasa e intensamente amarilla, ello es índice de que el bebé necesita un poco de agua adicional.

El agua hervida, ligeramente tibia, contribuye a calmar el hipo en la mayoría de los bebés. En épocas muy calurosas, sobre todo si la temperatura ambiente pasa de los 30 grados centígrados, al bebé se le debe dar un poquito de agua hervida fría, varias veces en el día.

Casi todos los niños lloran cuando han mojado o ensuciado el pañal, pues se sienten incómodos. Si ésta es la única causa del llanto, la solución del problema es fácil. Simplemente se le muda el pañal y se asea al niño con alguna crema para bebé.

Los bebés son muy sensibles a los extremos del clima. Casi todos lloran por calor o frío excesivo. La falta de ventilación, y las ropas gruesas y apretadas en un clima cálido, frecuentemente hacen llorar al bebé.

En muchos casos, el llanto del bebé se calma solamente con cambiarlo de la posición en que está. Quizá se encuentre incómodo en la postura en que se halla, y no acierta a encontrar él solo otra que le resulte más confortable.

En cuanto al llanto originado por los cólicos, ya fue tratado antes en este libro. Señalaremos aquí que tanto la sobrealimentación como la subalimentación suelen influir en la tendencia del bebé a tener cólicos. Ambos extremos deben tratar de evitarse. El alimento demasiado caliente o demasiado frío también provoca contracciones en los músculos estomacales de muchos bebés.

En los bebés de temperamento nervioso, que lloran mucho y muy a menudo, sin una causa real que así lo justifique, el pediatra puede, después de haber eliminado todas las otras posibles explicaciones, prescribir algún sedante especial para bebés. La madre, por supuesto, nunca debe administrar una dosis mayor que la señalada por el profesional. Sin embargo, como ya señalamos, muchos de estos casos se resuelven simplemente con el chupete.

La fiebre, las enfermedades, el dolor de oídos, y otras causas que pueden contribuir al llanto del niño, ya han sido examinadas antes en este libro.

¿CUANTO DUERMEN LOS BEBES?

Los recién nacidos duermen mucho; de hecho, duermen casi todo el tiempo, y es aconsejable dejarlos dormir, porque lo necesitan. Se les debe despertar solamente para el baño y para darles el alimento. Cuando cumple el primer mes no es nada extraño que el bebé todavía duerma alrededor de 20 ó 21 horas diarias. Gradualmente, el tiempo que dedican al sueño va disminuyendo. Aproximadamente a los 6 meses, todavía duermen de 16 a 17 horas. Cuando llegan al primer año, es posible que duerman alrededor de 15 horas, generalmente 11 ó 12 durante la noche, y 3 ó 4 durante el día. (Muchas madres, no dándose plena cuenta de la rapidez con que sus bebés van creciendo, no acaban de percatarse de que el pequeño, progresivamente, va experimentando la necesidad de dormir menos tiempo y, cuando no quiere conciliar el sueño, lo achacan a "majadería".)

Es normal que los bebés se despierten solos, a intervalos de 3 a 4 horas, para reclamar su alimento, aunque es igualmente normal que a veces no lo hagan así.

Las que acabamos de señalar no son normas inflexibles, sino solamente pautas generales. Hay bebés más "dormilones" que otros. Si parece estar durmiendo casi todo el tiempo, hasta el punto de que cuesta mucho trabajo despertarlo, es posible que se trate de un niño particularmente débil, casi siempre por haber sido prematuro o por haber nacido con un peso muy inferior al normal. Estos casos, desde luego, exigen una cuidadosa atención por parte del pediatra.

En cuanto a los bebés que duermen poco, generalmente ello se debe a un temperamento más bien nervioso. Cuando estos niños lloran, es conveniente tomarlos en brazos, mimarlos y tranquilizarlos, pero sólo por espacio de unos pocos minutos, no por ratos demasiado largos. Ello debe bastar para darles la sensación de seguridad que necesitan, sin habituarlos a querer estar permanentemente en brazos.

Ciertas dolencias físicas, desde luego, producirán en el bebé falta de sueño, especialmente la fiebre gripal, el dolor de oídos, la rinitis, la alergia a la leche, etc.

EL APETITO DEL BEBE

Se ha dicho, y con razón, que, entre todas las reacciones orgánicas y sicológicas de los recién nacidos y de los bebés muy pequeños, el apetito que demuestren es lo que más preocupa a las madres.

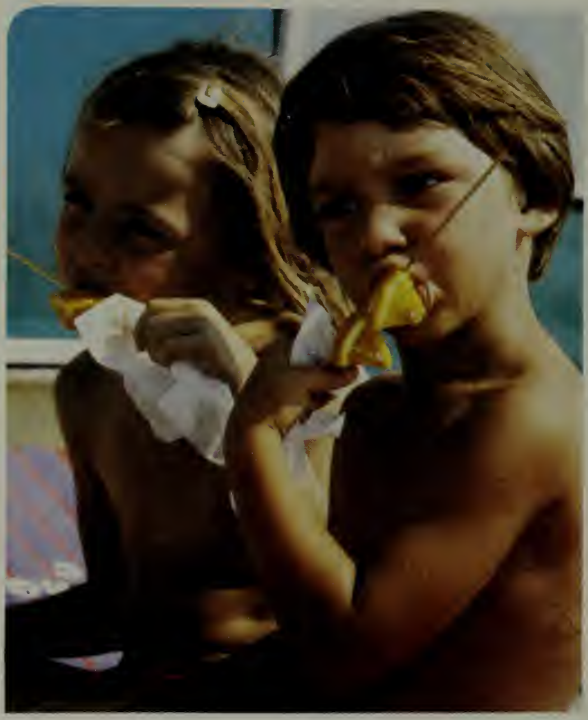
Para muchas mamás, es cuestión "de vida o muerte" que los bebés tomen el mayor volumen posible de leche, sin pensar que el niño posiblemente sólo necesite una cantidad menor. Si el niño aumenta de peso con gran rapidez, esto se convierte automáticamente en motivo de orgullo para muchos padres y abuelitos, aunque a veces no sea lo que más convenga al niño.

Hay bebés cuyos organismos son excepcionalmente tolerantes, y pueden soportar, sin mayores consecuencias, que se les atiborre exageradamente de alimentos, inclusive de azúcar y de farináceos. Sin embargo, tales casos no constituyen la regla general. A la inmensa mayoría de los bebés les hace daño que les den cantidades exageradas de comida.

Si un bebé rechaza frecuentemente la leche que se le ofrece, o la acepta en cantidades obviamente insuficientes, ello puede obedecer a distintas causas. Entre las más frecuentes, podemos enumerar la temperatura de la leche (ya sea por demasiado caliente o demasiado fría); la consistencia de la misma (cuando se prepara la fórmula, hay que hacerlo de acuerdo con las instrucciones, para que el líquido no quede ni muy espeso ni muy aguado); el mal sabor (el niño pudiera encontrar la leche muy ácida, muy dulzona, etc.); el no cargar al bebé en una posición que le resulte cómoda cuando se le alimenta; la ansiedad y el nerviosismo por parte de la madre, etc.

Recuérdese también que el bebé tiende a alimentarse más en unas tomas que en otras. Anteriormente indicamos ya cuáles eran estas variaciones a lo largo del día. Si la madre observa que el niño, inmediatamente después de una toma de leche, comienza a chuparse el dedo, ello casi siempre es índice de que su apetito aún no se ha calmado y, por tanto, necesita un poco más. Sin embargo, como ya se dijo, el chuparse el dedo en otros momentos no suele ser síntoma de hambre.

Es de lamentar que todavía algunos padres continúen utilizando la "táctica" de amenazar al niño con la visita al médico, como método para asustarlo y lograr que se comporte bien. Al pequeño nunca deberá inspirársele una actitud negativa hacia el médico o el dentista.



Cada niño es un ser distinto a todos los demás. Por ello los padres no deben pensar que "todos los niños son iguales".

Reñirle a un niño, o castigarlo, simplemente porque es curioso, constituye un contrasentido. La curiosidad es uno de los más poderosos mecanismos para impulsar el desarrollo mental, emotivo y motor. A cierta edad, si el niño encuentra algo nuevo para él, ya se trate de un cesto, una caja, un frasco, etc., en seguida querrá averiguar qué contiene. Para él, reprimir su curiosidad es tarea casi imposible. Mejor será, por tanto, mantener fuera de su alcance todo aquello que pueda representarle un riesgo o peligro.

Las mamás "novatas" polemizan mucho acerca de las ventajas y desventajas del andador. Pediatras y sicólogos, en su mayor parte, no se oponen a que se use, aunque señalan que debe emplearse en forma limitada, es decir, nunca por demasiado tiempo cada día, y dando siempre la oportunidad al niño de que trate de caminar sin el auxilio del andador. En un período no mayor de dos o tres meses, los niños que comienzan a usarlo, deben ser capaces de prescindir de él. En cuanto al corral o encerradero, también hay que actuar con discreción.

No deben prolongarse mucho las horas que el niño pasa habitualmente en el mismo, pues él necesita "explorar" su mundo.

Los pediatras suelen distinguir entre la inapetencia súbita y la inapetencia crónica. La inapetencia súbita se produce de repente en un bebé que, hasta ese momento, había estado alimentándose con gusto, satisfactoria y normalmente. En estos casos, conviene investigar si hay alguna causa específica que explique esa inapetencia inesperada. La fiebre y las infecciones respiratorias suelen ser las causas más comunes. Si ha habido trastornos gastrointestinales, es de esperarse que el apetito disminuya también durante unos pocos días, pero esto, lejos de constituir un problema, es una ventaja, pues al niño no le convendrá que se le dé demasiado alimento mientras no se reponga de su pasajera dolencia.

Los casos de inapetencia habitual o crónica suelen responder a motivos un poco más complejos. Uno de éstos puede ser el temperamento nervioso del bebé, que exige una cautelosa guía por parte del pediatra y una gran paciencia por parte de los padres. La anemia y las enfermedades de origen congénito también pueden ser causa de esta inapetencia crónica.

Los padres, sin embargo, no deben olvidar que las necesidades alimenticias del bebé suelen variar con la época del año, disminuyendo en los meses cálidos, sobre todo en regiones de clima tórrido.

Por último, hay una inapetencia que los médicos no califican ni de súbita ni de crónica. Se trata, simplemente, de que el bebé, a pesar de no tener dolencia alguna, se pasa un período de dos o tres días con muy poco apetito. Sin embargo, éste le retorna luego, y sigue comiendo tan bien o mejor que antes. Estos episodios pueden considerarse normales y, mientras no se repitan con exagerada frecuencia, no deben constituir motivo de preocupación.

La inapetencia en los bebés, al menos hasta cierto punto, puede ser prevenida. Hay **tres factores** que ayudarán mucho a que la inapetencia no sobrevenga: el primero es mantener un régimen ordenado, aunque no inflexiblemente estricto, para la vida diaria del niño; otro es proporcionarle la oportunidad de que haga un poco de vida al aire libre, muy ligero de ropas si el clima así lo permite, y el tercero es, si el niño se alimenta con fórmula, preparar ésta en las proporciones exactamente correctas. Aparte de todo lo anterior, una actitud serena, tierna, cariñosa y alegre por parte de la madre, y una ausencia de tensiones familiares en el hogar, son condiciones ambientales que favorecen al mejor desarrollo del bebé y que contribuyen,

al menos indirectamente, a que no se manifieste la inapetencia.

Como resumen, puede afirmarse que, en general, los casos de inapetencia se exageran mucho por parte de los padres. Abundan los bebés que, aun siendo inapetentes, continúan desarrollándose y ganando peso normalmente, sin presentar trastornos que puedan atribuirse a deficiencias de la nutrición. Se ha dicho que el primer paso en la terapia de la inapetencia infantil es, ante todo, tranquilizar a los padres.

LOS VOMITOS

El vómito puede definirse como la devolución súbita, casi siempre abundante, del alimento que se ha ingerido, y no debe confundirse con la regurgitación normal de pequeñas cantidades de leche, a la que ya nos referimos antes. El vómito no es una enfermedad, pero sí un síntoma, y siempre debe ser atendido. No sólo contribuye a la incomodidad del bebé, sino que también le impide lograr un aumento normal de peso.

Las causas más comunes del vómito infantil suelen ser los estados febriles debidos a algún trastorno orgánico; el temperamento nervioso de algunos bebés, y los errores en la selección del alimento que se les da o en la forma de prepararselo y ofrecérselo.

Si el bebé no vomita casi nunca, pero un día lo hace en medio de una toma de leche, lo mejor será no continuar con ésta. La madre, sin ansiedad, debe observar la conducta y las reacciones del niño durante el siguiente rato y, si todo parece normal, deberá darle su próxima toma de leche a la hora señalada, como si nada hubiera ocurrido. Muchos pediatras aconsejan que, unos minutos después del vómito, se le ofrezcan al niño hasta 100 gramos de agua, pero sin insistir en que la acepte si él la rechaza. Ahora bien, si el vómito se repite varias veces durante el día, o durante varios días consecutivos, o a lo largo de varios días, aunque sean alternos, entonces sí es necesario consultar con el médico.

Probablemente la forma más grave de vómito sea el de los espasmos del píloro (estenosis del píloro), que afortunadamente es sumamente rara. En estos casos, el bebé expele el vómito con suma fuerza y con violentas contracciones. Por

lo general, la estrechez del píloro (abertura inferior del estómago, por donde éste se comunica con el intestino), o la estrechez del duodeno (primera sección del intestino delgado) suelen ser las causas de este trastorno, que casi siempre exige una intervención quirúrgica.

La excitación nerviosa es una causa muy frecuente del vómito infantil, y ello incluye el exceso de iluminación y de ruido, especialmente cuando muchos visitantes se congregan en la habitación del bebé. En estos casos, si después que ha vomitado y se le ha dado un poquito de agua, al bebé se le deja tranquilo en un ambiente apacible, lo más probable es que el vómito no vuelva a repetirse.

LAS DIARREAS

En la inmensa mayoría de los bebés, las heces fecales normales tienen una consistencia pastosa y un color bastante amarillento. El niño las expulsa de 2 a 4 veces al día. En los casos de diarrea, esa evacuación suele ser mucho más frecuente y prácticamente líquida o, por lo menos, de consistencia sumamente floja. Hay evacuaciones que no son ni líquidas ni muy frecuentes, pero sí grumosas, con una coloración muy oscura o verdosa, y muy fétidas. Estas son las evacuaciones dispépticas, las que se distinguen claramente de las evacuaciones disentéricas, que generalmente contienen pus o sangre, y son muy claras, casi idénticas a la clara del huevo. En estas evacuaciones, casi siempre hay fuertes pujos por parte del bebé para expulsarlas. Si las mismas persisten, el niño puede llegar a deshidratarse. (De la deshidratación se hablará más adelante en este libro.)

En sus observaciones, la madre no debe prestar tanta atención al aspecto de las heces fecales en sí mismas, como sí al estado general de la criatura. Si el bebé se ve abatido, triste, decaído, etc., conviene avisar al médico lo antes posible, aunque el aspecto de sus deposiciones no sea tan "malo". Por el contrario, si el niño se mantiene vivaz, alegre, bien dispuesto, etc., entonces puede esperar un poco más antes de llamar al profesional, aunque las deposiciones sean muy "feas" y mal olientes.

Debe señalarse que, en los primeros días de vida, las diarreas

son bastante comunes. En algunos niños se presentan tan pronto la madre comienza a darles el pecho. En un primer momento, esta acción laxante de la leche materna es benéfica. Ahora bien, si las diarreas del recién nacido se prolongan, deben ser atendidas. Por lo general, el tratamiento aplicable es muy sencillo.

Hay casos en que la diarrea del recién nacido se debe a la sobrealimentación. Si el médico sospecha tal posibilidad, ordenará mayores intervalos entre las tomas de leche.

Señalemos, por último, que las diarreas pueden deberse a una infección o a una reacción alérgica (sobre todo si al bebé se le alimenta con alguna fórmula a base de leche de vaca).

Estas son dos posibilidades que el pediatra siempre tendrá muy en cuenta, y se encargará de explotarlas, para confirmar o descartar sus sospechas al respecto.

Durante las primeras semanas de vida, si el bebé, aun sin presentar diarrea, evacúa el intestino cada vez que es alimentado, ello puede ser consecuencia de una exaltación del reflejo gastrocólico. En situaciones así, el pediatra suele prescribir unas gotas de algún antiespasmódico, que se administrará por vía oral. Otros médicos prefieren el caseinato de calcio, en polvo, preparado en la farmacia, que se mezclará con la leche, o que se le dará al niño con agua.

En los casos de diarrea, la madre debe interrumpir todo alimento que se le dé al niño, de modo especial los jugos de frutas, y debe llamar al médico. Si éste no puede ser localizado de inmediato, pueden darse al niño, a intervalos frecuentes, cantidades muy moderadas de líquidos fríos.

XVIII - DE LAS 6 SEMANAS AL PRIMER AÑO

Cuando el bebé llega a la edad de seis semanas, probablemente su peso haya aumentado entre 880 y 1.350 gramos, sobre lo que pesó al nacer. Se notará que este margen es bastante amplio, pero ello se debe a que el aumento de peso, en esta primera etapa, depende mucho del tamaño inicial del bebé. Como regla general, puede decirse que el niño, durante los tres primeros meses de su vida, aumentará a razón de 165 a 225 ó 230 gramos semanales. Sin embargo, en los bebés prematuros o en los que nacieron de muy pequeño tamaño, no es raro que este aumento sea más lento.

Cuando el bebé llega a las seis semanas, los orgullosos padres notarán muchos de los progresos que ha hecho. Por ejemplo, es probable que, cuando se le acueste boca abajo, el niño ya pueda levantar bastante la cabeza, y hasta quizá esboce una sonrisa. Si aún no sonríe, es probable que empiece a hacerlo una o dos semanas más tarde. En cualquier momento, a partir de las seis semanas, comenzará a seguir con la vista el movimiento de las personas cercanas a él. También se fijará en los objetos brillantes, y muy pronto empezará a levantar, cuando está boca abajo, no sólo la cabeza, como ya dijimos, sino también el torso. Los padres notarán que el bebé

se mantiene despierto durante períodos más prolongados y, a la hora del baño, se mostrará mucho más activo.

Es posible que ya se conforme con sólo 4 ó 5 tomas de leche diarias, sin exigir más. Si está aumentando de peso con bastante rapidez, muchos médicos estiman que las tomas deben reducirse a cuatro solamente. La que se suprime es la última que se le daba tarde en la noche. Si esta última parece seguir siendo aún necesaria, se aconseja que la madre no se la dé espontáneamente al niño, sino que espere a ver si éste se despierta para reclamarla. A esta edad de seis semanas, a menos que el médico aconseje otra cosa, no es necesario alterar la fórmula, ni tampoco hay necesidad de aumentar las calorías.

Un niño de seis semanas, por lo general, dormirá seis horas ininterrumpidas durante la noche, pero los padres deben recordar que esta regla tiene numerosas excepciones. No nos olvidemos de que, para tormento de algunos padres, hay bebés "noctámbulos" que duermen más durante el día y se despiertan varias veces en la noche. Esta "mala suerte" es inevitable. A esta edad, el bebé es muy pequeño aún para pretender gobernarle su sueño con un horario estricto. Lo más que se puede hacer es tratar de despertarlo apaciblemente, sin alarmarlo, cuando ya haya dormido cuatro horas, de un tirón, en la mañana, y volver a despertarlo en la tarde para darle el alimento. Fuera de esto, no es mucho lo que los padres pueden hacer para tratar de ajustar a sus conveniencias los hábitos de sueño en el niño.

A esta edad, es importante que, si la temperatura lo permite, el niño reciba sol y aire. Aun en los climas fríos, el niño puede sacarse al sol, en un área donde esté protegido de los fuertes vientos. Toque la piel del niño. Si la siente tibia al tacto, lo más probable es que el bebé no corra peligro alguno por estar un rato al sol y al aire libre, aunque a usted le parezca que el día está demasiado frío. En un principio, conviene que el bebé no permanezca bajo los rayos solares directos más allá de 4 ó 5 minutos. Este tiempo se irá aumentando, muy poco a poco, hasta llegar a períodos que oscilen entre 30 y 45 minutos. Si se coloca al niño de cara al sol, sus ojos deben estar protegidos por algún sombrero o gorra que tenga visera. En los climas muy tórridos, donde es mucha la intensidad del sol, es preferible sacar al bebé temprano en la mañana o a la caída de la tarde, nunca entre 10 a.m. y 3:30 p.m.

Cuando el niño cumple las seis semanas (o antes, si lo considera necesario), el médico le hará un concienzudo examen

de rutina, para asegurarse de que todo marcha bien. A partir de ese momento, esos exámenes se repetirán con la frecuencia que el propio médico indique.

A la edad de dos meses, el niño (si es que no lo había hecho aún) volverá la cabeza al escuchar algún ruido y se advertirá que le presta mayor atención al sonido de la voz humana. También habrá aumentado su capacidad de atención para seguir los movimientos de distintos objetos, y en su semblante se percibirán mejor las expresiones de alegría, excitación, incomodidad, angustia, etc. En resumen, estaremos ya en presencia de un bebé mucho más expresivo. Además, a esta edad, empezará a emitir sonidos vocálicos. Sin embargo, lo más probable es que no comience a "gorjear" hasta después de los tres meses.

A los tres meses, el bebé generalmente puede sujetar juguetes de pequeño tamaño y peso liviano, y es muy probable que ya empiece a incorporarse solo, apoyándose en los brazos. Estando acostado boca arriba, se volteará hacia un lado, y ya podrá sostener su cabeza mucho más derecha.

Muchos pediatras aconsejan que, a esta edad de tres meses, se comiencen los alimentos sólidos. El primero suele ser el cereal. Como ya indicamos, los demás (verduras, frutas, carnes, etc.), se irán introduciendo después, escalonadamente. Esto nos obliga a unas palabras de advertencia. Las madres deben saber que, tan pronto el bebé comienza a comer sólidos, se producirán cambios en sus deposiciones, las que tendrán un aspecto aproximadamente similar al del alimento de que se trate. Por ejemplo, cuando se comienza a darle remolacha al bebé, esas deposiciones tendrán una coloración bastante rojiza. En cuanto al grado de consistencia, las deposiciones no cambiarán mucho por el hecho de que al bebé se le den sólidos, pero es probable que se tornen un poco más pastosas.

También a los tres meses, los padres notarán que el niño ya tiene una mayor fortaleza muscular, lo que le permite moverse y retorcerse con mayor libertad. Todo ello indica que ha llegado el momento de dejarlo jugar a sus anchas en un corral o encerradero. Deben preferirse aquellos modelos cuya base o plataforma queda a unos cuantos centímetros de distancia del suelo. Hoy se fabrican corrales plegables, sumamente resistentes, a pesar de su peso liviano. Resultan muy prácticos, sobre todo en casas y apartamentos pequeños, donde conviene quitar el corral cuando el niño no lo está usando.

De los 4 meses en adelante, es que muchos niños comienzan a gozar más del baño y esa diversión aumenta cuando van creciendo, por lo menos hasta los 3 años.

SU BEBE YA TIENE CUATRO MESES

Ha llegado el momento en que el niño se ve más "durito", pues mantiene su cabeza erguida, sin soporte ajeno. Además, se ríe ruidosamente y —cosa que alegra mucho a los padres— generalmente se le desata un apetito voraz. En esta fase, quizá por primera vez, da muestras evidentes de deleitarse con la comida mucho más que con el baño. Ahora tiene una mayor destreza en los dedos para sujetar firmemente sus juguetes. Cuando se le baña, manotea el agua, muchas veces con una fuerza sorprendente. Entre el cuarto y el sexto mes, sujetará entre las manos los objetos que se le entreguen, estirará los brazos para alcanzarlos, o para que lo saquen de su cuna, proyectará su cuerpo en dirección hacia los objetos que quiere alcanzar, y no se extrañe si, además de todos estos "logros", también empieza a gatear (aunque hay niños que no gatean hasta el octavo mes, cosa que es perfectamente normal). Hacia el quinto mes, y quizá hasta un poco antes, el bebé "responderá" con algún ruido, todavía ininteligible, cuando escucha alguna voz. A esta edad, ya se ha descubierto las manos, y se entretiene muchísimo con ellas. Su desarrollo motor también ha avanzado mucho, hasta el punto de que, con las manos o los antebrazos, ya puede levantarse solo cuando está acostado boca abajo.

En lo que respecta a la alimentación, si el niño ha venido criándose con fórmula, algunos pediatras estiman que, al llegar al quinto mes, la fórmula debe ser ya abandonada y sustituida con leche de vaca pasteurizada y homogeneizada. Otros médicos son partidarios de esperar un mes más.

Cuando este cambio se lleva a cabo, no es raro que, con cierta frecuencia, el bebé se estriña, ya que estará recibiendo menos hidratos de carbono. Además, la proteína de la leche homogeneizada es más "dura" que la proteína alterada de la fórmula.

Cuando se presenta este problema del estreñimiento, muchas veces se resuelve simplemente con darle al niño alguna fruta, en especial las ciruelas o prunas, que contribuyen a hacer más

blandas las deposiciones. Si el estreñimiento persiste, algunos médicos recomendarán que se agregue un poco de melaza dulce a la leche homogeneizada.

En otros casos, lejos de presentarse el estreñimiento, lo que sobreviene son diarreas. De ser así, casi siempre se recomienda regresar a la misma fórmula que anteriormente se daba al bebé, y esperar un tiempo prudencial antes de volver a intentar la sustitución. También hay pediatras que, al ordenar el cambio, prefieren prescribir leche evaporada reconstituida, en lugar de leche homogeneizada, especialmente si hay antecedentes familiares de alergia. También puede usarse leche de soya.

El niño probablemente aceptará ahora, con sumo gusto, si es que no las había aceptado aún, las verduras coladas preparadas especialmente para bebés (hay muchas excelentes en el mercado), o las mismas que se preparan en la casa para el menú familiar. Estas últimas deberán aplastarse y colarse bien, y se le darán al niño sin agregarles ningún condimento. La zanahoria, la remolacha, el apio, los calabacines, la lechuga, los chícharos, los tomates, la col (repollo), la acelga, las espinacas, etc., figuran entre los alimentos más aconsejables para añadirlos ahora a la dieta habitual del bebé.

También algunos médicos recomiendan que se inicie ahora la práctica de darle al niño sopa de carne o carnes tamizadas, para que sustituyan a la verdura o al cereal varias veces por semana. No se extrañe si el niño rechaza alguno de estos alimentos. Posiblemente su sabor no le agrade. No trate de obligarlo a que los coma de todas maneras. Es mejor esperar dos o tres semanas, y hasta un mes, antes de volver a dárselos.

Algunas madres tienen el temor de que, en los bebés de esta edad, los trastornos digestivos como el estreñimiento y la diarrea le vaticinen al niño prácticamente una vida entera de problemas de la digestión. Esta creencia estaba antes muy extendida. En realidad, no hay tal cosa. Tales trastornos suelen ser meramente transitorios y, aun cuando parezcan ser crónicos, son perfectamente superables si se empiezan a atender desde temprano. Frases generalmente usuales, empleadas a menudo en la conversación de los adultos, tales como "el estreñimiento ha sido mi padecimiento de toda la vida" o "la leche siempre me ha producido descomposición", no deben impresionar negativamente a las mamás. Hay mucho de exageración en ellas. Ninguna madre debe creer que su hijo no podrá superar estos problemas.

La dentición, que suele comenzar entre el quinto y el séptimo mes, en un proceso normal, que no debe inspirar temores a las madres.

LA DENTICION

Un ilustre pediatra brasileño, el doctor Rinaldo De Lamare, dice que, entre todos los temas concernientes a la salud y el desarrollo de los bebés, la dentición probablemente sea el que más se haya discutido a través de todas las épocas. Sin embargo, hoy en día, los pediatras ya no se preocupan tanto de este proceso, que tantas inquietudes causaba a las madres de otras generaciones. Como señala el doctor José M. Thomasa Sánchez, "la dentición difícil no existe".

La dentición, en realidad, es un proceso enteramente normal, que no debe inspirar temores a las madres. Generalmente comienza entre el quinto y el séptimo mes, pero no es extraño que empiece desde el cuarto mes, y aún hasta un poco antes. Por regla general, cuando el niño llega a la edad de un año, ya le habrán brotado sus ocho incisivos temporales o "de leche". Normalmente, los incisivos inferiores brotarán antes que los superiores. Entre el octavo y el décimo mes, aparecerán los incisivos laterales, pero esta vez el orden se invierte: los de arriba brotan antes que los de abajo.

Los primeros molares casi nunca aparecerán antes de los 14 meses. Generalmente, entre el 14º y el 16º mes, es que brotan estos molares.

Un poco más tarde, cuando el bebé tenga entre 17 y 20 meses, harán su aparición los caninos. Finalmente, entre los 22 meses y los dos años, aparecerán los segundos molares, completándose así la primera dentición.

Los padres no deben esperar que el proceso descrito se cumpla con una exactitud matemática. Hay grandes variaciones de un niño a otro, y no es nada extraño que, en algunos, esa dentición no se complete hasta los tres años.

Se ha observado que, en los hijos de unos mismos padres, los dientes generalmente brotan, más o menos, alrededor de la misma edad, pero esto tampoco constituye una regla inflexible. En principio, los padres no deben preocuparse por cualquier demora que adviertan. Si el niño está bien alimentado y no padece de deficiencias vitamínicas, sus dientes "de leche" terminarán por brotarle, aunque haya algún ligero retraso en algunos casos.

Muchos niños pasan por todo el proceso de esta primera dentición sin acusar mayores molestias. Otros, por el contrario, se mostrarán malhumorados e irritables, pero estos síntomas raras veces llegan a ser índice de algún trastorno de envergadura, y generalmente pasan pronto.

Las madres pueden aplicar ciertas medidas para aliviar la incomodidad del niño durante la dentición. Una de las más eficaces es darles a masticar los arillos para la dentición, que se fabrican comercialmente para estos fines. Estos arillos deben ponerse primero a enfriar en el refrigerador. Otra buena medida es darle al niño, con el dedo índice, masaje en las encías, pero haga que sea el pediatra quien le indique la forma correcta de dar tales masajes.

No es frecuente que la dentición se relacione con enfermedades padecidas por el niño. No obstante, el médico debe ser consultado si se presentan síntomas extraños, tales como erupciones, fiebres altas o conducta poco usual del bebé.

La salivación excesiva, el chuparse el dedo y la falta de interés en el pecho (en los casos de lactancia materna) pudieran ser síntomas de dentición prematura, pero muchas veces dichos síntomas se presentan en el cuarto mes, aunque todavía la dentición no haya comenzado.

No es extraño que, al comenzar la dentición, el bebé tenga algunos episodios de tos, que son provocados por el aumento de la salivación durante esta etapa. El doctor T. Berry Brazelton señala que algunos bebés en esta fase, a pesar de tener tan

corta edad, "aprenden" a toser a voluntad, lo que utilizan como un recurso para hacer que la mamá corra junto a ellos.

De todos modos, a los padres puede servirles de consuelo saber que el brote del primer diente suele ser la peor experiencia. Después, el bebé se calma mucho durante todo el resto del proceso, aunque algunos vuelven a experimentar molestias cuando les toca su turno a los primeros molares.

Como hemos señalado, las anormalidades de la dentición no son frecuentes y, cuando las hay, generalmente se relacionan con enfermedades y trastornos que, por suerte, no son comunes, tales como la sífilis, el hipotiroidismo, la debilidad mental, la desnutrición y las deficiencias vitamínicas.

CONTINUA EL DESARROLLO DEL BEBE

De los cinco meses en adelante, cada día va a deparar a los padres una nueva sorpresa, cuando vean que su bebé ya es capaz de realizar "grandes hazañas": el niño empezará a rodar sobre su espalda, a acostarse él solo boca abajo, a protestar vigorosamente cuando le quitan algo, a alcanzar una maruga o sonajero si se le cae de la mano, a distinguir entre los extraños y las personas que ya le son conocidas, a sentarse, primero con alguna ayuda, después sin ayuda alguna, a manotear sobre una mesa, a golpear ésta con una cuchara, etc.

En el séptimo mes, probablemente ya sea capaz de realizar acciones independientes con cada una de sus dos manos. Por ejemplo, con una de ellas sostendrá un juguete, mientras que, con la otra, golpea y hace ruido.

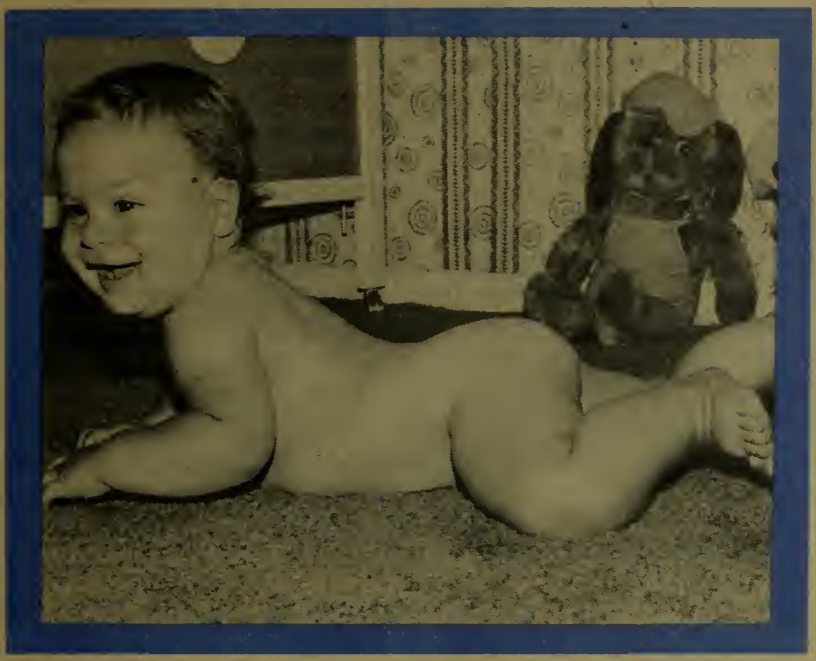
Las frutas cocidas y los postres simples, preparados con leche o con gelatina, pueden introducirse en el sexto mes. Cuando ya el niño se acerca a los siete meses, se le pueden dar alimentos que él mismo pueda tomar con los dedos, como son las galletitas y las tostadas. Si el bebé no los acepta, o parece atragantarse con ellos, se debe esperar unas semanas antes de dárselos nuevamente. También, en el período comprendido entre el quinto o sexto y el octavo mes, puede procurarse que el bebé comience a beber de una taza. Al principio, será muy poco lo que beba, y derramará la mayor parte,

pero la madre no debe desalentarse por esto. Con mucha paciencia, debe continuar insistiendo, pues el proceso de que el bebé se acostumbre a beber de una taza, exige meses.

Los alimentos nuevos siempre deben dársele al principio de cada comida, ya que entonces, por tener hambre, será menos probable que los rechace. Sin embargo, no debe esperarse deliberadamente a que un bebé se encuentre demasiado hambriento para presentarle un alimento que sea enteramente nuevo para él. Si el hambre es mucha, posiblemente no lo acepte, pues estará esperando con ansiedad a que se le dé la comida que ya él conoce. En esta etapa, si el bebé comienza a rechazar la leche, lo más práctico será dársela al principio de cada comida, cuando más hambre tiene. Si persiste en rechazarla, la situación debe conversarse con el pediatra. De todos modos, téngase en cuenta que, de los seis meses en adelante, a medida que van aumentándose los alimentos sólidos, el organismo del niño necesitará menos leche, aunque hay algunos que siguen tomándola en grandes cantidades, pero esto último no es lo más usual.

En cuanto a la forma de darle los distintos alimentos dentro de un mismo turno de comida, no hay regla fija. Trate de descubrir cuáles son las preferencias de su bebé, y acéptelas. A muchos niños les gusta que les den primero una cucharada de verdura, después otra de algún otro alimento, luego la verdura de nuevo, y así sucesivamente. Otros, en cambio, parecen preferir terminar primero con un alimento determinado antes de pasar al siguiente. Usted no debe tratar de imponer un sistema u otro, sino adaptarse al que el niño prefiera.

En la fase a que ahora nos referimos, probablemente el niño descubrirá sus órganos sexuales, que parecerán llamarle mucho la atención. Se trata de un proceso plenamente normal, que no debe originar la menor preocupación en los padres. Igual que el niño, en meses previos, descubrió sus manecitas y sus piececitos, y se entretenía con ellos, ahora sentirá la misma curiosidad por sus órganos sexuales. Si los padres se alarman por esto, y el niño lo percibe, podrá originarse un interés anormal en dichos órganos, que será provocado por la actitud equivocada de los mismos padres. Lo mejor, por consiguiente, es dejarlos tranquilos y no concederle importancia. Más adelante, en este libro, trataremos con mayor detalle los temas concernientes a la educación sexual y a la actitud que los padres deben asumir al respecto.



CUANDO SU BEBE COMIENZA A GATEAR

Desde que la madre coloca al niño por primera vez en su corral o encerradero, el pequeño está gozando de una fantástica oportunidad para ejercitar sus músculos. Así, aproximadamente alrededor del séptimo u octavo mes, espontáneamente empezará a gatear.

Hay muchas formas de gateo. Algunos niños gatean sentados, otros lo hacen en cuatro pies, y no faltan tampoco los que se apoyan sólo en las rodillas. Todas estas variedades son normales.

Es imperativo señalar que algunos bebés jamás gatean. Simplemente, cuando ya su desarrollo físico y neurológico les permite hacerlo, se ponen en pie y comienzan a caminar, sin haber gateado nunca. Y también esto es normal.

Es esencial que el niño, si gatea, tenga plena libertad para hacerlo. Será necesario vigilarlo, pero no se le debe restringir esta actividad. Al poder gatear, el niño no querrá pasar largos períodos metido en el corral. Esto es perfectamente natural, y hay que darle la oportunidad de que salga de tan estrechos

límites y se dé bastante gusto gateando, aunque ello "esclavice" un poco a los padres o a los adultos que deban vigilarlo, pero así conviene para el desarrollo motor y mental del pequeño. De todos modos, siempre habrá ratos en los que se quedará tranquilo en su corral, entretenido con algún juguete, pero no se haga la ilusión de que esos períodos van a ser muy largos. Señalemos también que, en una familia donde abundan los casos alérgicos, no conviene que el niño gatee sobre alfombras. Es mejor que lo haga sobre el piso desnudo.

Aproximadamente a los ocho meses, si el niño ya gatea, no será nada extraño que deliberadamente tire de la falda de su mamá para llamarle la atención sobre algo que a él le ha parecido interesante, extraño o novedoso. Estas son oportunidades excelentes para intensificar la comunicación y el acercamiento entre madre e hijo. Si la mamá lo ignora y no le hace caso, el pequeño se sentirá muy frustrado, y no desarrollará su curiosidad al máximo.

CUANDO EL NIÑO COMIENZA A HABLAR

Algunos niños, entre las edades de 5 y 8 meses, ya pronuncian sus primeras sílabas. Otros, en cambio, pueden tardarse un poco más, lo que no debe constituir motivo de alarma para los padres. Siempre debe tenerse muy presente que no hay dos niños que tengan un patrón idéntico de desarrollo. Abundan las diferencias individuales, que no pueden pasarse por alto. La preocupación de que el niño presente dificultades auditivas, que sean las que le impiden hablar, deberán descartarse, ya que el pediatra, en sus reconocimientos, habrá sometido al niño a distintas pruebas de audición.

Los ruidos, gorjeos, canturreos y otros sonidos en general, que emiten los bebés desde muy tierna edad, son una preparación, en cierto modo, para el lenguaje articulado que vendrá más tarde.

El bebé, desde el primer mes aunque su rostro sea aún impasible, ya lanza algunos sonidos guturales, los que, por supuesto, todavía distan mucho de lo que es realmente el lenguaje. A los dos meses, es posible que ya se le escuchen algunos sonidos

vocálicos. Al tercer mes, su balbuceo se ha vuelto un poco más activo, y no faltan las abuelitas que empiecen a afirmar que ya el niño está hablando. (Esto, desde luego, no es más que una ilusión de abuela.)

Lo que sí puede decirse es que, de los tres meses en adelante, la vocalización va haciéndose progresivamente más clara. Pero, por regla general, los bebés no están listos para las consonantes hasta la edad de seis meses, una fase en la que se advierte que están "a punto" de hablar.

Con la llegada del séptimo mes, ya el niño emite con claridad algunas consonantes, particularmente la **m.** Además, es casi seguro que, en esta fase, comenzará a formar sílabas, como **pa, da, ta,** etc., sílabas que repetirá, de modo que los padres regocijados afirmarán que ya el niño está diciendo sus primeras palabras, tales como **papá, tata**, etc.

No es por desilusionar a los padres, pero, en realidad, más que palabras propiamente dichas, el bebé a esta edad se está limitando sólo a la repetición de sonidos silábicos, entretenimiento que parece divertirle mucho, especialmente cuando se da cuenta de que provoca una reacción de regocijo y alegría en los mayores que le rodean. Al octavo mes, se hace aún más insistente esta frecuente práctica de consonantes y sílabas, sobre todo de las consonantes **p** y **b**. Pero es en el noveno mes, y a veces después, que el niño tiene una habilidad mayor para diferenciar los sonidos que emite y tratar de imitar las voces que escucha, a la vez que empieza a imitar también las expresiones faciales que ve en los demás.

A los diez meses, son muchos los bebés que ya dicen **papá, mamá y tata** con toda claridad. También descubren que, a través de distintas combinaciones de sonidos, muchas veces obtienen lo que quieren. A esta edad, no es extraño que muchos bebés llamen repetidamente a la mamá, si ésta se ha alejado un poco e inclusive si se ha marchado a otra habitación. El niño la llama con insistencia y, cuando la madre acude presurosa, quizá pensando que su hijo la necesita urgentemente, el pequeño comienza a reír muy divertido. Y es que se da perfecta cuenta del efecto que ha logrado con lo que ha hecho.

Al onceno mes, ya el niño está imitando más y más palabras que oye, aunque todavía **papá, mamá** y **tata** continúan siendo las que usa más frecuentemente.

Médicos y sicólogos nos recuerdan que hemos de distinguir entre el vocabulario **activo** y el vocabulario **pasivo.** El primero

se refiere a las palabras que el bebé efectivamente emplea, que serán muy pocas en un principio. Por vocabulario pasivo entendemos palabras que el niño comprende, aunque todavía no pueda pronunciarlas con claridad. Este vocabulario pasivo suele ser algo más extenso que el activo. Por ejemplo, a la edad de once meses, muchos bebés comprenden ya las afirmaciones y negaciones básicas (**sí** y **no**), así como también el significado de algunas preguntas, especialmente la pregunta básica de situación (**¿dónde?**). Así, cuando jugando con él se le pregunte "¿dónde está papá?" (o mamá), lo más probable es que el niño vuelva la cabeza o la mirada hacia la persona de que se trata, o trate de señalarla de alguna manera, revelando que ha comprendido perfectamente la pregunta que se le ha hecho.

Cuando llegan a la edad de un año, muchos niños tienen ya un vocabulario activo de, por lo menos, cuatro palabras más. Algunos ya saben pedir verbalmente la leche, el agua, la comida o quizá algún juguete. Pero insistimos una vez más en que los padres no deben angustiarse si el niño todavía no está hablando. Además, aunque ya pronuncie algunas palabras y sepa cuál es su significado, lo más probable es que todavía continúe divirtiéndose con sonidos y ruidos totalmente ininteligibles.

A la edad de un año, muchos niños demuestran que ya saben cumplir algunas órdenes elementales. Por ejemplo, si se le dice "dame eso", con referencia a algún objeto que tenga en sus manos, lo más probable es que obedezca o que se resista, pero sabiendo, tanto en un caso como en el otro, qué es lo que se le ha pedido.

Entre los doce y los quince meses, irá aumentado su vocabulario, activo, aunque no mucho. En un principio, en lugar de cuatro palabras, será capaz de pronunciar seis o siete, así sucesivamente. Por lo general, aprenderá primero los nombres de aquellas personas y aquellos objetos que le sean más familiares.

Cuando llega a los 18 meses, o quizá antes, el bebé tendrá un vocabulario activo que comprenderá por lo menos de cinco a 10 palabras. A esa edad, es posible que ya use algunos adjetivos, y también se señalará los ojos, la boca, la nariz, las manos, etc., cuando se le mencionen esas partes del cuerpo. También a los 18 meses, muchos inician la etapa de las preguntas, con el **qué**. Cuando los adultos le responden, le muestran el objeto de que se trate y le repiten dos o tres veces el nombre del mismo, el niño irá progresivamente ampliando su vocabulario. Además, entre las edades de 18 meses y dos años, al-

gunos pequeños comienzan a referirse verbalmente a sí mismos, pero casi siempre lo hacen en tercera persona. Por ejemplo, dirán **"el nene quere"**, en lugar de **"yo quero"**. El uso del pronombre personal **yo** muchas veces no comienza hasta la edad de 30 meses.

Independientemente de que el niño tenga un vocabulario activo más o menos extenso, lo que sí resulta notable, en muchos casos, es la inflexión y la entonación que imparte a lo que dice o trata de decir. Y esto es así porque el niño está tratando de imitar la forma de hablar de los adultos. Por ello, precisamente, es que se recomienda que los padres, abuelitos, tíos, etc., no traten de imitar los balbuceos infantiles, pues con ello sólo logran retardar el aprendizaje verbal del niño. Es mejor hablarle en una forma natural, con alegría, pero sin aspavientos, pronunciando las palabras clara y correctamente evitando toda nota de vulgaridad en el lenguaje, pero sin caer en una pedante ultracorrección, que tampoco sería espontánea.

Cuando el bebé comienza a usar por primera vez una palabra y, cosa muy lógica, la pronuncia mal, los padres deben repetírsela, en el mismo momento, dos o tres veces correctamente, simplemente para que el niño la oiga bien dicha y su oído se vaya acostumbrando, pero sin pretender forzarlo a que en seguida la pronuncie bien, como si se tratara de una clase de elocución. Por ejemplo, si a la leche el niño la llama "lete", los padres harán mal en repetirle esta última palabra y en usarla en esa forma incorrecta que emplea el niño. Lo mejor es que le llamen "leche", con su pronunciación correcta y natural, sin necesidad de enfatizar demasiado el punto. Es posible que, en un principio, el niño continúe diciendo "lete", pero, con las repeticiones diarias, llegará un momento, que demorará más o menos, en que ya la pronunciará debidamente. La naturalidad en el lenguaje es el mejor sistema para lograr que los pequeños aprendan a hablar pronto, bien y con claridad.

SI EL NIÑO TARDA EN EMPEZAR A HABLAR

Investigaciones recientes, llevadas a cabo en distintos lugares, pero sobre todo en la Universidad de Harvard, ponen de mani-

fiesto la necesidad de que los padres les hablen muy a menudo a sus hijos, desde que éstos tienen apenas unas pocas semanas de nacidos, haciéndolo en una forma natural, pausada y clara, con una entonación afectuosa y positiva. Por ejemplo, cuando se acercan a la cuna del niño o lo toman en brazos, deben hablarle con ternura y afecto, aunque el pequeñín todavía ser incapaz de entender. Esas investigaciones demuestran que este sistema contribuye no sólo a que el niño desarrolle mejor su lenguaje articulado, sino también ayuda al desenvolvimiento de la inteligencia, a la vez que le da al pequeño una mayor sensación de seguridad y de cariño, todo lo cual sirve para que se estabilice y se afiance una relación sicológica más positiva entre el bebé y sus padres.

También se ha probado que los niños de padres sobreprotectores y extremadamente indulgentes generalmente tardan un poco más en hablar, porque sienten una necesidad menor de hacerlo, ya que los padres están constantemente pendientes de ellos, siempre listos para satisfacer sus menores deseos. Otros niños, por el contrario, se demoran en hablar porque se sienten un tanto asustados ante una excesiva severidad de los padres.

Otras causas que pueden perturbar, en menor o mayor grado, el desarrollo del lenguaje durante los dos primeros años, incluyen las otitis recurrentes, la hipertrofia de las amígdalas y de las adenoides, los episodios de deshidratación, las infecciones muy prolongadas, la meningitis, etc. (No estamos considerando aquí los problemas auditivos, pues partimos de la base de que se trata de niños con sus facultades auditivas normales.)

Si el niño aún no emite palabras entre las edades de 17 y 22 meses, seguramente el pediatra querrá iniciar una serie de investigaciones para explorar las causas de este retardo en el habla, que **no** implica la presencia de un retardo mental. Aun así, no hay gran razón para preocuparse si el niño, aunque todavía no hable, emite sonidos variados vagamente similares a las palabras. Esta es una señal muy positiva, pues revela que el niño está deseoso de hablar y probablemente va a hacerlo pronto. Si el niño se entretiene con los mismos juguetes que usan otros de su misma edad, y si es capaz de concentrarse por un rato en alguna actividad o juego, esto suele ser indice de que hay un desarrollo intelectual normal.

Hay niños que, sin ser sordos, tienen algunas dificultades auditivas menores. Si el médico y los padres no las descubren, generalmente se las notarán luego los maestros.

Las otitis recurrentes, aun en niños sin problemas auditivos mayores, pueden perturbar el desarrollo del lenguaje. Si el niño se atrasa un poco en hablar, el pediatra hará un concienzudo examen del oído.

EL PROBLEMA DE LA TARTAMUDEZ

Ya hemos explicado, a grandes rasgos, cómo se desenvuelve el proceso a través del cual un niño, sin serias dificultades auditivas, comienza a hablar.

Por muy normal que haya sido este proceso, lo cierto es que algunos niños, aproximadamente a la edad de dos años y medio, pueden comenzar a tartamudear o "gaguear". La **regla esencial** es no hacer absolutamente nada que pueda llamar la atención del niño sobre este problema. Lo que ocurre, en la mayoría de los casos, es que la mente infantil trabaja con mayor rapidez que los órganos del habla. En casi todos los casos, la mente y los órganos de fonación al fin llegan a "ponerse de acuerdo", y cesa la tartamudez. Es indispensable que, en este sentido, los padres estén dispuestos a revestirse de una suma paciencia.

Si el problema persiste varios meses después de haber el niño cumplido los tres años, entonces habrá razones para comenzar a preocuparse. Por suerte, las investigaciones que últimamente se han hecho respecto a la tartamudez, ponen de manifiesto una serie de hechos que resultan altamente tranquilizadores.

En primer lugar, está ampliamente probado que los niños tartamudos o gagos **no** tienen una inteligencia inferior. Tampoco presentan otras anormalidades. Por consiguiente, hay que partir

de la base de que son niños normales, y tratarlos como tales.

Muchos investigadores han llegado a la conclusión de que **todos** los niños, entre las edades de dos y cuatro años, presentan un grado mayor o menor de tartamudez. Esto se basa en investigaciones que revelan que, en esa edad, casi todos repiten hasta 50 veces las palabras, por cada mil que pronuncian. Lo que sucede es que algunos repiten las palabras hasta 100 veces por cada mil. Inclusive algunos sicólogos señalan que el problema de la tartamudez sólo existe **después** que los padres se han convencido de que el niño es tartamudo. Lo que quieren señalar con esta observación es que, en muchas ocasiones, la **ansiedad** de los padres es el factor determinante para complicar una situación, hasta cierto punto normal, que estaba llamada a resolverse sola.

Algunos padres se olvidan de que los niños, a la edad de cuatro y hasta cinco años, todavía siguen **aprendiendo** a hablar, y una parte normal de ese aprendizaje son las repeticiones, las dudas al expresarse, la dificultad para pronunciar correctamente, etc.

Está comprobado que, si el niño se percata de la ansiedad y la preocupación de sus padres, también él se sentirá ansioso, y esto contribuirá a complicar la situación y a demorar la espontánea solución del problema.

¿Qué debe hacerse si, a pesar de todo lo que hemos dicho, los padres piensan que **realmente** existe un problema de tartamudez o gagueo? Lo primero es conversar francamente sobre estas dudas con el pediatra que habitualmente atiende al niño. Otro paso importante, por parte de los padres, es hacer un poco de "examen de conciencia". Esto quiere decir que los padres deben, en una forma serena y objetiva, sin ansiedades ni nerviosismos, preguntarse sinceramente si están cometiendo algún error en su forma de tratar diariamente al niño, ya sea porque estén sobreprotegiéndolo o porque estén siendo demasiado exigentes en cuanto a su conducta. Quizá los padres deban conceder prudencialmente al niño un poco más de libertad de acción, o ser menos rígidos y duros en la forma de tratarlo, demostrándole más cariño e infundiéndole un poco más de seguridad.

Lo anterior no implica que los padres deban recriminarse a sí mismos, ni tampoco acusarse el uno al otro. Semejantes actitudes son en extremo negativas. Todos los seres humanos —incluyendo a los adultos con mayor inteligencia y mayor madurez emocional— somos falibles, es decir, susceptibles de cometer errores. Y no es nada extraordinario que unos padres, sobre

todo si son "novatos", se equivoquen un poco en la forma de criar y educar a sus hijos. Esto, de por sí, es perfectamente natural. No es nada grave ni nada raro, y ningún padre o madre debe acusarse ni culparse por ello. **Lo que realmente importa** es saber reconocer el error y, en consecuencia, aplicar las necesarias rectificaciones.

Si el niño realmente tartamudea, a los padres les ayudará mucho el ejercitar un poco de observación atenta, para tratar de determinar **en qué momento** y **bajo qué circunstancias** es que se produce la tartamudez del niño. Mediante esta observación, quizá los padres descubran que la tartamudez no es permanente, sino que se produce solamente en determinados casos (por ejemplo, a la hora de las comidas, o a la hora de dormir en la noche, o cuando el niño es regañado o castigado por sus padres, o cuando se encuentra con personas extrañas, o cuando se da cuenta de que sus padres van a salir y a dejarlo a él en casa, etc.) De esta manera, es fácil que descubran cuáles son los factores concretos que determinan la tartamudez. Si logran identificarlos, ya tendrán más de la mitad del camino andado.

El niño tartamudo necesita que sus padres le demuestren una especial bondad. Esto no implica que haya que "malcriarlo", ni tampoco tolerarle todo lo que se le antoja hacer. No se trata de eso. Pero sí es esencial que, cuando el niño quiere hablar y se "traba" y repite, los padres no le demuestren mortificación ni impaciencia. Al contrario, deben demostrarle que se interesan en todo lo que él quiere decir y comunicar, aunque más de la mitad de las cosas no se le puedan entender con claridad.

También está demostrado que leerle al niño historietas y cuentos apropiados para su edad y su nivel de inteligencia, en una voz natural, calmada y suave, sin tensiones, ayuda muchísimo a que el pequeño vaya superando gradualmente sus dificultades del habla.

Si se siguen todos estos consejos, lo más probable es que la tartamudez del niño no pase de ser una fase puramente temporal. Si, a pesar de todo, el problema persiste, el pediatra podrá aconsejar el mejor camino a seguir. Quizá, en casos extremos, se decida a recomendar que se consulte a un especialista en sicología infantil o a un neurólogo (especialista en la anatomía y fisiología del sistema nervioso). En la actualidad, sobre todo en las grandes ciudades, ya existen centros terapéuticos altamente especializados, que se consagran a corregir la tartamudez y otros problemas del habla en los niños de corta edad.

Se ha observado que los varones tienden a tartamudear más que las niñas. En éstas, el lenguaje tiende a desarrollarse mejor y más rápidamente que en los varones, hasta que se equiparan los dos sexos en una fase más avanzada de la niñez.

Debe señalarse que algunos trastornos orgánicos influyen negativamente sobre el habla, pero, por suerte, tales casos no son muy frecuentes. Las lesiones cerebrales y los procesos degenerativos del sistema nervioso a veces se reflejan en el habla. Sin embargo, en la mayoría de los casos, nada de esto ocurre, y nos encontramos con que el niño tartamudo goza de envidiable salud.

Ciertos ejercicios respiratorios pueden corregir, o mejorar mucho, el problema de la tartamudez, pero tales ejercicios deben ser prescritos y explicados por un médico especialista. Señalemos, por último, que también se ha observado que la tartamudez se manifiesta en muchos niños zurdos, **después** que se les ha forzado a convertirse en diestros.

EL NIÑO YA CAMINA

El gatear, sin duda alguna, es una actividad importante para el desarrollo y la coordinación muscular del pequeño, actividad a la que los padres no deben imponer demasiadas restricciones, pero, por muy importante que sea, no la podemos calificar de absolutamente esencial, porque no lo es. Ya señalamos, y ahora lo repetimos, que muchos niños nunca gatean, y un buen día se ponen en pie y empiezan a caminar sin previo aviso.

Tanto si el niño ha gateado como si no lo ha hecho, lo más probable es que dé sus primeros pasos cuando se acerca a la edad de un año. Algunos, sin embargo, caminan con cierta anticipación, desde que tienen 10 meses, o desde unos pocos días antes de cumplir dicha edad.

En esto, igual que dijimos al tratar del habla, los padres no deben impacientarse ni deben tratar de forzar la marcha natural del desarrollo de sus hijos. Algunos niños caminan un poco antes, y otros lo hacen un poco después. No hay que impacientarse ni preocuparse. No es extraño, por ejemplo, que algunos ni siquiera intenten caminar hasta poco después de haber cumplido un año.

Generalmente todos comienzan por un "ensayo". Es decir, después que han adquirido confianza suficiente para ponerse en pie, tratarán de dar algunos pasos, pero casi siempre sin soltarse. Buscarán el apoyo de algún mueble, y los padres no deben tratar de forzarlos a que caminen solos, ni siquiera en los casos en que esta etapa parece prolongarse más de la cuenta. Algunos niños no se "lanzan" a caminar sin apoyo hasta después de haber cumplido los 15 meses. Mientras más pacientes y respetuosos sean los padres con las distintas fases del desarrollo natural y espontáneo de sus hijos, menos problemas sicológicos les crearán a éstos.

¿DEBE UTILIZARSE EL RECURSO DEL ANDADOR?

Sobre todo en el pasado, ya que no tanto hoy en día, era frecuente suministrarle al niño el aparato conocido como andador, con la esperanza de que, ayudado por éste, aprendería a caminar. El andador le ofrece al niño un punto seguro de apoyo y, al estar provisto de ruedecillas, le permite avanzar a su antojo de un lugar a otro, lo que indudablemente constituye un ejercicio para las piernas infantiles.

Sin embargo, desde hace unos cuantos años, empezaron a levantarse objeciones contra el uso del andador. Muchos sicólogos señalan que el andador demora el proceso por el cual el niño adquiere suficiente confianza para caminar solo, sin apoyo. Algunos sicólogos también estiman que el andador perturba el sentido del equilibrio, y opinan que el mismo constituye una forma de sobreprotección nociva, que sólo sirve para acobardar al pequeño.

Algunos pediatras, sin embargo, no son tan drásticos en la expresión de sus opiniones contra el uso del andador, señalando que puede proporcionársele al niño cuando hace sus primeros intentos por empezar a caminar, nunca por un período mayor de uno o dos meses, y nunca por más de 2½ a 3 horas cada día.

Señalan los médicos que así opinan que, después de haberlo usado por un poco de tiempo, el mismo niño, en forma es-

pontánea, tiende a abandonar el andador y a caminar por sí solo.

No faltan los médicos que señalan que el uso del andador puede contribuir a que el niño vire los pies hacia adentro o hacia afuera, pero no hay pruebas concluyentes de que esto efectivamente ocurra. En caso de duda, lo mejor que los padres pueden hacer es no tomar por sí solos la decisión de proporcionarle o no un andador al niño, sino discutir el asunto con el pediatra, para saber lo que éste opina, a favor o en contra, y cuáles son las razones en que basa su opinión.

EL PROBLEMA DEL NIÑO ZURDO

¿Está realmente justificada la preocupación que muchas veces revelan los padres de un niño zurdo, o que tiende a serlo? ¿Reviste esta característica suficiente seriedad? Todavía, hoy en día, abundan las opiniones discrepantes. Sin embargo, la mayoría de los médicos, sicólogos, neurólogos y pedagogos han cesado de preocuparse por el problema de la zurdería.

Hoy predomina la tesis de que, en principio, es erróneo forzar a un bebé zurdo a que se sirva preferentemente de su mano derecha. Hacerlo así podría crearle problemas emotivos y síquicos, así como perjudicar la habilidad del niño para hablar y leer correctamente. Hoy se estima que, una vez que las preferencias del niño están claramente establecidas, en lo que se refiere a servirse de una u otra mano, ni los padres ni los maestros deben tratar de alterarlas.

La preferencia por el uso de la mano izquierda o derecha generalmente se revela entre el cuarto y el octavo mes, y ya está claramente establecida cuando el niño cumple cinco años, o desde mucho antes.

Las estadísticas tienden a señalar que hay un zurdo por

cada diez niños, pero el origen de la zurdería aún sigue siendo una incógnita. Se sabe, desde luego, que las preferencias por una u otra mano están determinadas por los dos hemisferios cerebrales. En el caso del niño zurdo, el hemisferio predominante es el derecho, y lo contrario es cierto en el caso del niño diestro.

Muchos especialistas estiman que la herencia es el factor principal en la zurdería. En el caso de familias muy numerosas, en las que ambos padres son zurdos, es altamente probable que uno o más de sus hijos también lo sean.

Un eminente pedagogo de Filadelfia, Estados Unidos, el doctor Carl Delacato, señala que el niño zurdo indudablemente tropezará con algunas dificultades para adaptarse a determinadas circunstancias concretas de la vida diaria. "Sin embargo", añade el propio doctor Delacato, "lo más probable es que, a medida que vaya creciendo, aprenda a ajustarse, superando todas sus dificultades. Los pocos que no llegan a adaptarse, suelen reflejar en el habla su escondido malestar".

Tampoco hemos de olvidarnos de que, en algunas actividades específicas, la zurdería funciona como una ventaja, y no como un inconveniente. Así, en el caso del deporte del béisbol, los lanzadores zurdos son ansiosamente solicitados por los entrenadores y los dueños de equipos.

Para la gran mayoría de los niños, la zurdería, aunque engorrosa en ocasiones, jamás llega a convertirse en un problema verdaderamente serio. Es innegable que muchos de los objetos que usamos en la vida diaria están diseñados para personas diestras: botones y ojales, por ejemplo, tijeras, instrumentos musicales, etc. Pero, a pesar de todo, lo cierto es que los zurdos aprenden muy pronto a ingeniárselas a las mil maravillas. Algunos estudios sicológicos, además, indican que los zurdos han dado pruebas de poseer un genio creativo verdaderamente excepcional. Sirvan de ejemplo los casos notables de Miguel Angel, Rafael y Leonardo da Vinci, entre otros.

Está comprobado que los empeños por forzar al niño zurdo a que se convierta en diestro son casi siempre infructuosos y, además, lesivos. El estrabismo, la tartamudez, la dislexia y otros varios trastornos del habla pueden tener su origen en los intentos hechos por forzar al niño a desistir de su zurdería. Esta opinión está mantenida, entre otros muchos especialistas, por el doctor Bryng Bryngelson, ex Jefe de la Clínica de Trastornos Auditivos y del Habla, que funciona en la acreditada Universidad de Minnesota.

XIX - LA PERSONALIDAD INFANTIL

Educar a los hijos es una tarea compleja, y ello se debe a un factor tan obvio que, precisamente por ello, muchas veces lo pasamos por alto. Nos referimos al hecho de que el ser humano **es niño por largo tiempo.** Con los animales, en cambio, no ocurre así, pues vienen al mundo mejor preparados para valérselas por sí mismos tan pronto nacen, o muy poco después.

La duración de la niñez humana puede fijarse aproximadamente en 13 años, es decir, hasta el inicio de la adolescencia. Este libro sólo se ocupa de la primera mitad de ese largo período. Aquí consideramos la vida infantil desde el estado prenatal hasta la edad de seis años.

El objetivo de la educación infantil es lograr que el niño, a través de etapas graduales, llegue a ser primero un adolescente, y después un adulto, bien ajustado, razonablemente feliz, capaz de derivar beneficios de la sociedad en que vive y, a la vez, de hacer un aporte positivo a esa sociedad.

La educación recibida de los padres, durante su niñez y adolescencia, innegablemente influye sobre la que ellos van a dar a sus hijos. En una palabra, la personalidad total de ambos padres va a ser decisiva en el proceso educativo de los hijos.

Hay padres ciegamente convencidos de que su sistema educativo es el único correcto. No admiten alternativas, reajustes ni modificaciones. Por lo general, estos padres de criterio inflexible son los que corren un mayor riesgo de cometer costosas equivocaciones. Es preferible que los padres tengan la amplitud mental necesaria para no aferrarse a dogmas cerrados. Esa amplitud mental es lo que les permitirá superar los errores ya cometidos, y reducir a un mínimo los errores futuros.

Los padres no pueden pretender educar a sus hijos "en abstracto", desentendiéndose de las circunstancias reales del tiempo y del mundo en que viven. Y, entre esas circunstancias, la más importante de todas es la **personalidad individual** del niño.

No es cierto que todos los niños sean iguales y, por consiguiente, no es posible educarlos a todos de una misma manera. Los padres, usando sus facultades de observación, de intuición y de inteligencia, irán conociendo progresivamente a cada uno de sus hijos, y deben respetar las diferencias individuales que adviertan, sin pretender que todos reaccionen y se conduzcan de una misma manera. Los padres que están prestos a reconocer esas diferencias, y a aceptarlas, ya tienen adelantada una buena parte del difícil camino en su misión de educar.

INFANCIA Y NIÑEZ

Aunque los términos "infancia" y "niñez" a veces se usan como sinónimos, a los efectos prácticos, en este libro, vamos a referirnos a la infancia como el período que abarca a los dos primeros años de vida, y el término niñez lo reservaremos para la etapa posterior a los dos años.

Hasta hace relativamente poco tiempo, se incurría en el error de subestimar la importancia de los dos primeros años en el proceso formativo de la personalidad. Ya la sicología actual ha superado ese error. La sicología infantil insiste hoy en la importancia que la infancia tiene para el establecimiento de ciertas **actitudes básicas.**

Hoy en día, casi todos los sicólogos coinciden en estimar que la personalidad individual está constituida por elementos

innatos inalterables, pero que todavía no se han desarrollado y, por tanto, son susceptibles de ser encauzados en una forma constructiva.

En otras palabras, no es posible alterar los elementos básicos de la personalidad, pero sí se pueden canalizar muchos de esos elementos por una vía positiva.

La verdadera finalidad de todo el proceso educativo es preparar al niño para que llegue a ser un adulto bien formado, dueño de sí mismo, capaz de forjarse su propia felicidad, a la vez que contribuye activamente a la felicidad de quienes le rodean. Esa felicidad, para serlo verdaderamente, tendrá que derivarse de una personalidad estable, madura y positiva. La razón de ser de la educación infantil es poder llegar a esa meta deseable. Es un camino que se inicia con el nacimiento del niño, y que debe recorrerse con un sano optimismo.

LA COMUNICACION ADECUADA ES ABSOLUTAMENTE ESENCIAL

El sicólogo Haim Ginott, en su libro **Entre padres e hijos,** insiste una y otra vez en la absoluta necesidad de que exista una adecuada comunicación entre unos y otros. De esa comunicación depende que se abran las vías del cariño y de la educación.

Esa comunicación es esencial para que los padres puedan interpretar con acierto la conducta infantil, y para transmitir al niño las enseñanzas que queremos que él asimile.

Para que esa comunicación exista y sea fructífera, los padres necesitan partir de una premisa básica, que es ésta: **La verdadera autoridad no se basa en el miedo, sino en el respeto recíproco.**

Igual que existe el concepto tradicional del respeto de los hijos para con sus padres, también existe un respeto "a la inversa", es decir, de los padres para con sus hijos. En otras palabras, la educación implica un respeto esencial a la personalidad infantil, que en nada debilita a la autoridad paternal. La comunicación entre padres e hijos no hará que los padres pierdan su autoridad. Al contrario, la comunicación adecuada

El aire iodado y puro del mar es excelente para la inmensa mayoría de las personas, muy especialmente para los niños. La playa les puede proporcionar muchas horas de esparcimiento, diversión y ejercicios. Sólo que habrá que tener mucho cuidado de no abusar. Tratándose de niños aún pequeños, debe consultarse con el pediatra a cuánto tiempo, como máximo, deben extenderse los baños de mar cada día. También es recomendable, siempre que las circunstancias razonablemente lo permitan, que los niños aprendan a nadar bien desde muy temprana edad y, preferiblemente, con un entrenador profesional y competente.

Cuando el niño se cría en la ciudad, conviene que los padres se preocupen de ponerlo en contacto con la naturaleza, aunque sólo sea ocasionalmente. Ello amplía los horizontes del niño, enriquece sus experiencias con relación al mundo exterior que está progresivamente descubriendo, y lo pone en contacto con un cúmulo de nuevos estímulos que avivan su curiosidad. Estos paseos y excursiones, además, tienen mucho que aportar a la unidad familiar y al fortalecimiento de relaciones muy positivas entre padres e hijos.

El dibujo y la pintura son actividades favoritas de casi todos los niños, desde que son aún muy pequeños. Déles a los suyos la oportunidad de pintar y dibujar libremente todo cuanto quieran, y nunca critique desfavorablemente sus "obras maestras".

Los disfraces y las representaciones teatrales infantiles no sólo son una novedad y una diversión para el niño, sino también un formidable estímulo sicológico. Por eso es que tales actividades son practicadas y alentadas tan a menudo en el kindergarten. La fantasía y la imaginación del niño necesitan ser estimuladas y encauzadas en una forma positiva. Una magnífica forma de lograrlo es la representación de personajes cuyo significado esté al alcance de la inteligencia y la sensibilidad infantiles. Todo ello contribuye a ampliar las experiencias del niño, a desterrarle la timidez y a darle aplomo en situaciones sociales.

es lo que permite que esa autoridad se aplique y funcione eficientemente.

Para que la comunicación se establezca, no es necesario esperar a que el niño comience a hablar y a entender. La comunicación no es exclusivamente verbal, y puede iniciarse desde que el niño nace.

NECESIDADES SICOLOGICAS BASICAS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

En su primer año, el niño necesitará, ante todo, cariño y protección. De esa protección obtendrá él seguridad y confianza, factores indispensables para su normal desarrollo. Sin adecuada protección, estarían en grave peligro no sólo su vida y su salud física, sino también su despertar emocional.

Cada recién nacido es un individuo único. Sus características genéticas son exclusivas de él. Podrá haber similaridades con otros niños de la familia, pero nunca una absoluta identidad. Es decir, en el recién nacido, existe ya un "contenido básico", que evolucionará y será influido por la educación y por el medio ambiente. Ese "contenido básico" incluye características de todo tipo, positivas y negativas. E igual que las negativas pueden contrarrestarse y canalizarse constructivamente, al menos hasta un cierto límite, también es cierto que las positivas pueden diluirse y malgastarse por falta de la atención y orientación adecuada.

Aunque usted no lo crea, el niño, en ese primer año de vida, va a fijar un primer elemento de su enfoque básico del mundo, es decir, una actitud fundamental de confianza o de desconfianza. Esa actitud no va a ser forzosamente definitiva, pero sí difícil de modificar más tarde.

Para fomentar una positiva actitud de confianza, las demostraciones de cariño, a lo largo de este primer año, son absolutamente esenciales. No hay que tener el menor temor de que las mismas vayan a "malcriar" al niño. La falta de firmeza, en una etapa posterior, es lo que podrá malcriarlo, no el amor y la ternura que los padres le demuestren en esta primera etapa.

Las necesidades esenciales del niño (alimento, calor materno,

sueño) deben satisfacérseles plenamente. Por ejemplo, es falso que al niño se le deba dejar llorar en su cuna, con la esperanza de que así se "eduque". Semejante idea ya está más que descartada por la sicología infantil.

LA COMUNICACION CON EL NIÑO A TRAVES DE SUS SENTIDOS

Es totalmente imprescindible que los padres estén muy conscientes de un hecho básico: el recién nacido no es una criatura meramente pasiva. Está "equipado" con sus sentidos, y éstos necesitan ser estimulados. Desde que un niño nace, existen muchas maneras de hacerlo despertar a la vida activa, **sin apresurar imprudentemente el proceso natural de su desarrollo.** Los estímulos que el bebé reciba de sus padres tendrán una gran influencia en esta fase inicial de su vida. Si esos estímulos son los más apropiados, el bebé ganará confianza y seguridad en sus primeros contactos con el mundo. Recordemos que el recién nacido registra en su cerebro más sensaciones de las que suponemos.

En un principio, hay dos sentidos que resultan fundamentales: **el oído y el tacto.** Los sonidos melódicos, placenteros y suaves, como el de la voz maternal cuando modula canciones de cuna, contribuyen mucho a reforzar el bienestar sicológico del bebé.

A partir de los tres meses, el sentido de la vista empezará a cobrar mayor importancia. Por eso, a partir de este momento, no es conveniente obligar al niño a permanecer largas horas en su cuna, pues esto reduce su círculo visual. Lo mejor será darle amplias oportunidades para que observe al mundo desde distintos ángulos y distintos niveles. Es conveniente pasearlo por todas las habitaciones de la casa, los jardines, el vecindario, los parques cercanos, etc. También se recomienda no mantenerle su cuna siempre en un mismo lugar. Esta debe cambiársele de sitio con cierta frecuencia, y sus juguetes deben ser de gran tamaño y de muy vivo colorido. Son excelentes los móviles que pueden colgarse en distintos ángulos de la habitación donde el bebé esté el mayor tiempo.

Hasta el juego de golf tiene su versión infantil, con reglas bastante indulgentes, que, desde luego, serían inadmisibles en un campeonato de adultos. Pero con los niños se puede ser más flexible, sobre todo cuando empiezan a aprender. ¡Ya podrán perfeccionarse!

LOS JUGUETES PARA EL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS

Con los niños un poco mayores, que ya comienzan a revelar sus preferencias en una forma bastante definida, la tarea de seleccionar juguetes se facilita mucho. No sucede así con los menores de dos años. Al escogerles sus juguetes, los padres deben ejercitar un poco más la reflexión.

El juguete, para el niño muy pequeño, no representa lo mismo que para un niño mayor. El menor de dos años todavía no tiene el concepto de lo que es un juguete y, por supuesto, tampoco tiene la más remota idea de lo que le gustaría tener.

Los juguetes para la cuna o el corral (encerradero) deben ser aquéllos que más estimulen los sentidos de la vista y el tacto. Por ejemplo, para el bebé menor de un año, deben escogerse juguetes de colores que no sean excesivamente brillantes, cuyas formas suaves, libres de aristas puntiagudas o filosas, el bebé pueda recorrer con sus manos. Se recomiendan los animales y muñecos rellenos, y también las pelotas de caucho de distintos colores.

Después del primer cumpleaños, al niño se le pueden dar juguetes que él pueda armar y desarmar con gran facilidad. Las piezas deben ser de tamaño bastante grande, para que al niño le sea fácil reconocerlas, y también para que no se las lleve a la boca. También son aconsejables aquellos juguetes con divisiones o compartimientos, en los que el niño pueda meter y sacar cosas. Todo esto le ayudará a ir perfeccionando su coordinación muscular y visual, y también irá asimilando los conceptos de espacio y volumen.

Cuando el niño ya camina con cierta estabilidad, le gustará que se le den juguetes de los cuales él pueda tirar mediante una cadena o cuerda. Por último, los padres no deben olvidarse de los juguetes que, al ser oprimidos por el niño, producen distintos sonidos mediante un mecanismo interior.

EL INFANTE SE CONVIERTE EN NIÑO

A los dos años, poco más o menos, termina la infancia propiamente dicha y se inicia la etapa de la niñez. Es ahora que el pequeño comenzará a ensayar sus primeras "aventuras" como ser individual. Por esto, precisamente, es que muchos sicólogos estiman que, a la edad de dos años, se manifiesta la etapa de la primera **reafirmación personal.**

El niño, a esta edad, comenzará a exhibir sus primeras manifestaciones de rebeldía contra las normas que se le imponen. Y esa rebeldía, naturalmente, va a dirigirse contra las personas más cercanas al niño, que son los padres.

El niño aspira (por supuesto, sin que él esté consciente de ello) a que, en su proceso educativo, no se vayan a pasar por alto sus deseos y su voluntad.

Este afán de reafirmación infantil es plenamente normal, y será una característica que se extenderá a través de toda la niñez. Esta etapa, bastante larga, implica ajustes, contradicciones y problemas . . . todos los cuales, felizmente, son perfectamente naturales y susceptibles de solución. Por tanto, es esencial que los padres no se perturben demasiado ante la idea de que ahora tienen que seguir educando a un "pequeño rebelde", que antes había sido relativamente dócil y bastante fácil de manejar con esfuerzos mínimos.

LA REBELDÍA EN EL NIÑO DE DOS AÑOS

Muchos padres se preguntan cómo es posible, en realidad, que un niño tan pequeño, y todavía tan indefenso, sea capaz de rebelarse. Pero es que el niño tiene sus "recursos": éstos son sus caprichos, sus antojos, y su afán de contradicción.

El niño de dos años, aunque parezca increíble, empieza a luchar por bastarse a sí mismo sin ayuda ajena. Esto, lejos de ser algo anormal, es un primer paso, un temprano inicio, hacia la independencia propia del adulto. Lejos de lamentarse por ello, los padres deben **alegrarse** de que su hijo no tenga una actitud exageradamente pasiva, conformista y dócil.

Desde luego, a esta temprana edad, las inconsistencias y las contradicciones son "el pan nuestro de cada día". Habrá veces en que el niño no querrá que lo ayuden en nada. Pretenderá alimentarse solo, vestirse solo, etc. En otras ocasiones, por el contrario, reclamará que la mamá se lo haga todo. El paso de un extremo a otro debe considerarse normal. La razón es bien simple: las limitaciones que la mamá impone irritan al niño, pero, al mismo tiempo, se sentiría abandonado y totalmente desvalido si no se las impusieran. El "negativismo" del niño de dos años es la manera más fácil que él tiene para expresar su inconformidad y su naciente independencia. Los padres (aunque a veces se desesperen) no deben alarmarse. Todo esto no es más que una primera preparación para un proceso de **reafirmación constructiva** que vendrá más tarde.

A esta edad, igual que en todas las que vendrán después, los extremos de excesiva restricción o excesiva tolerancia son igualmente perjudiciales.

Si las restricciones se exageran mucho, el niño se tornará muy tímido o muy rebelde (depende de cuál sea su temperamento innato).

El extremo opuesto —la exagerada tolerancia— también tiene sus riesgos, pues el niño podría comenzar a crecer creyendo que todo le está permitido, sin la menor noción de que existen limitaciones inevitables que la vida impone siempre a todo ser humano, cualquiera que sea su edad.

ENSEÑANDO AL NIÑO "A IR AL BAÑO"

Poco después de haber cumplido el niño los dos años, las madres comienzan a preocuparse de que aprenda a "ir al baño", para que no haga "sus necesidades" en la cama o en otro sitio de la casa.

Hay casos, aunque son los menos, en que realmente existe una incapacidad del niño para controlar sus funciones de evacuación. Esa incapacidad, si es que existe, obedece a causas orgánicas, concernientes al dominio de los músculos y del sistema nervioso, o al tamaño de la vejiga, y es preciso que el pediatra las estudie para aplicar algún tratamiento.

Los padres, además, deben recordar que todos los niños no se desarrollan físicamente a un mismo ritmo. Por ejemplo, una mamá no debe angustiarse si su hijo todavía parece incapaz de controlar su vejiga, ya sea de día o de noche, y el niño de la vecina, a pesar de ser menor, sí tiene ya esa capacidad. Tales diferencias no tienen nada de extraño, y no hay

que "culpar" al niño. El no es responsable. Quizá tenga un ritmo de desarrollo más lento, en cuanto a su sistema nervioso y a su aparato muscular, que el hijo de la vecina. Esto no indica que el niño sea anormal ni, mucho menos, "desobediente". Deben evitarse, por tanto, los castigos y las humillaciones que tan negativamente pueden afectar al niño. A éste no hay que crearle una sensación de negativa ansiedad. Lo único que puede hacerse es esperar con paciencia a que llegue el momento en que el pequeño tenga un control voluntario sobre su evacuación.

Pediatras y sicólogos, en su mayoría, coinciden en opinar que el mejor método para solucionar el problema de los hábitos de evacuación es **establecer una rutina,** que resulte plácida y sosegada, libre de tensiones.

Para lograr esa rutina, los padres cuentan con una gran ventaja: el niño de dos años, de por sí, se inclina a ser rutinario. Le gusta que las cosas comunes de su vida diaria se repitan en una forma exactamente igual. Esta misma tendencia del niño puede ponerse al servicio del adiestramiento que se le imparta para que controle sus necesidades. Desde luego, tampoco la rutina debe llevarse a extremos, pues el niño podría llegar a asociar mentalmente el acto de la evacuación con un lugar determinado. Conviene, por consiguiente, ir acostumbrándolo a que se siente en "la sillita de hacer sus necesidades" en distintos lugares de la casa, no siempre en el mismo lugar, e inclusive en otras casas también (por ejemplo, cuando va de visita a casa de sus abuelos o de sus tíos).

Igual que el rechazo del alimento puede ser empleado por el niño, como un hábil recurso para atraer atención sobre su persona, lo mismo ocurre con la negativa a evacuar. Si los padres le conceden a esto una exagerada importancia y demuestran su ansiedad delante del niño, la situación puede empeorar. En esto —como en tantas otras cosas— mientras más naturalidad y serenidad muestren los padres, tanto mejores serán los resultados que se obtendrán. Está más que probado que la ansiedad del adulto "se contagia" al niño.

La madre, para estar tranquila, debe conversar ampliamente con el pediatra sobre la frecuencia aproximada con que debe esperarse la evacuación. Si el médico lo estima necesario, recomendará que **ocasionalmente** se administre algún laxante suave infantil. El empleo de tales medicamentos nunca debe llegar a constituir un hábito.

¿QUE DEBE HACERSE CUANDO EL NIÑO CONTINUA "MOJANDO LA CAMA"?

Frecuentemente, se obtiene un éxito bastante rápido en la regulación de la evacuación del niño durante el día. No obstante, es probable que el problema persista durante la noche. Las mamás se sienten descorazonadas cuando, al despertar en la mañana, descubren que el niño ha vuelto a "mojar la cama".

En general, casi todos los niños llegan, un poco más tarde o un poco más temprano, a superar esta fase sin necesidad de que la mamá se tome una participación demasiado activa. Muchos niños logran esto entre los 30 meses y los tres años de edad. Sin embargo, no siempre ocurre así. No se irrite contra su hijo si a éste le toma más tiempo.

El angustiarse por esta situación no resuelve nada. Al contrario, podría agravar el problema y demorar más aún su solución. Castigar al pequeño, amenazarlo, humillarlo, compararlo con otros niños o burlarse de él, es **lo peor** que puede hacerse en tales casos.

En lugar de asumir semejantes actitudes negativas y contraproducentes, la madre puede aplicar las siguientes medidas prácticas, que por lo general dan excelentes resultados:

1. Despierte al niño cuando usted vaya a acostarse, aproximadamente entre las 10 p.m. y la media noche, y procure que orine en su bacinilla. Así, poco a poco, se le irá formando el hábito de despertar para orinar.

2. Cuando el niño ya tiene edad para comprenderlo así (de los tres años y medio en adelante), se le debe explicar con naturalidad, en forma amable, sin presionarlo, que el levantarse de noche para orinar es una cosa que todos los niños deben ir aprendiendo poco a poco.

3. No le dé al niño un mandato negativo ("no te orines en la cama"). Este tipo de orden sólo sirve para crearle ansiedad, pues tal vez el niño piense que no va a poder cumplirla. Es mucho mejor utilizar expresiones formuladas

afirmativamente, como la siguiente: "Tienes tu bacinilla debajo de tu camita. Si te despiertas con ganas de orinar, te levantas tú solito y usas tu bacinilla. Mañana por la mañana, nos vas a contar cómo lo hiciste". Esto, dicho con naturalidad, estimulará al niño a ir aprendiendo a controlar su vejiga durante la noche.

4. Si el niño que ya dejó de "mojar la cama" tiene algunas ocasionales "recaídas", no se preocupe por ello. Se trata de una fase transitoria y normal, si el pequeño se siente querido y atendido por sus padres, esto fortalecerá su confianza, y el problema quedará resuelto en breve.

LOS CUENTOS INFANTILES

Poco después de haber el niño cumplido los dos años, es importante que los padres empiecen a leerle o narrarle cuentos. Es esencial que éstos sean placenteros y optimistas, y que jamás incluyan elementos de miedo. El relato no ha de ser demasiado largo, y la trama debe mantenerse muy sencilla, con pocos personajes. Entre éstos, conviene que haya alguno con el cual el niño pueda "identificarse".

Nada se opone a que estos cuentos se utilicen como un magnífico recurso para facilitar el momento de ir a la cama en la noche, que tanto resisten los niños de esta edad, pero también se le pueden y se le deben hacer en otros momentos del día.

Para el mejor equilibrio emocional del niño, conviene que ambos padres le hagan estos cuentos, que los dos participen (ya sea juntos o por separado) en estos momentos de acercamiento, pues al niño le hará muchísimo bien acostumbrarse a estar distraído o entretenido por ambos padres.

EL MIEDO A LA OSCURIDAD

A un niño de dos años, jamás se le debe acusar de miedoso o cobarde. Es totalmente normal que el miedo a la oscuridad, en esta edad, surja en una forma espontánea. La mejor manera de combatirlo **no** es burlarse del niño ni tampoco obligarlo a dormir a oscuras. Médicos y sicólogos señalan que **aunque el niño no lo pida,** se le debe dejar una luz tenue en su habitación, pues ésta lo tranquilizará y le servirá como punto de referencia cuando se despierte durante la noche.

¿Hasta cuándo deberá mantenerse esta costumbre de la luz encendida? No se preocupe por ello, y deje que sea el tiempo, por sí solo, el que defina la cuestión. Si al niño no se le refuerzan estos temores nocturnos "metiéndole miedo", si se fomenta y se reafirma en él una sensación de seguridad en cuanto al mundo que le rodea, llegará un momento —no importa demore más o demore menos— en que ya será innecesario dejarle prendida la luz.

Tampoco deben los padres tratar de quitarle al niño la costumbre de irse a dormir con un osito o muñeco de peluche, o con algún otro juguete con el que se haya encariñado. La sicología infantil nos asegura que al niño no se le hace el menor daño con permitirle este capricho, si ello le da seguridad o simplemente gusto.

No se sabe con certeza si los bebés muy pequeños son o no afectados por pesadillas nocturnas. Pero sí está demostrado que éstas pueden afectar y conturbar mucho a los mayores de 18 meses. Si ello ocurre, pudiera haber algo, en la rutina diaria, que esté impresionando al pequeño en una forma muy negativa. Será necesario observar con mucha atención, para tratar de descubrir de qué se trata. El niño que se despierta asustado por una pesadilla, necesita la presencia inmediata y cariñosa de la mamá o el papá, para sosegarlo con dosis tranquilizadoras de ternura.

En principio, es mejor no darles sedantes a los niños para ayudarlos a dormir mejor, aunque se puede recurrir a ellos en ciertas ocasiones especiales, **siempre con la expresa apro-**

bación del médico y limitándose estrictamente a las dosis que éste señale.

Aunque parezca extraño, el recurso del sedante ocasional es más recomendable en el caso de niños todavía muy pequeños, no tanto con los ya mayorcitos. A éstos, si están nerviosos, excitables o intranquilos, es mejor tratar de serenarlos de alguna otra manera, con algún cuento o distracción agradable, alejando su atención de aquello que les excita.

Muchos niños se sienten un poco nerviosos en la víspera de algún acontecimiento importante (por ejemplo, si esperan la llegada de los Reyes Magos o Santa Claus, o tal vez si se les tiene preparada una fiesta de cumpleaños a la que vendrán muchos amiguitos que les traerán juguetes y regalos). En tales circunstancias excepcionales, si la mamá nota que el niño va a tener mucha dificultad para dormirse, le podrá dar la dosis indicada del sedante infantil que previamente haya autorizado el médico. Se le puede dar al momento de acostarse o, mejor aún, hasta media hora antes.

El niño no debe sospechar que le están dando algo para dormir. Esto probablemente lo intrigaría, y lo excitaría aún más. Quizá insista entonces en pedir todas las noches su "medicina para dormir", creyéndose que sin ella no podrá cerrar los ojos.

Algunos sedantes para niños vienen preparados en forma de elixir o de tableta y se pueden disolver en un poco de jugo de naranja u otra bebida. Probablemente el niño no advertirá el cambio de sabor. Si hace una pregunta, se le puede dar cualquier explicación. Puede decírsele que se preparó el jugo con otra variedad de frutas, o que le añadió unos gotas para evitar el catarro.

Señalemos finalmente que los casos de insomnio infantil **habitual o frecuente,** así como los terrores nocturnos si se repiten muy a menudo, deben ser discutidos con el pediatra que atiende al niño, para que éste sugiera las mejores medidas a tomar.

XX - DE LOS 3 AÑOS EN ADELANTE

Para la mayoría de los niños, que ya han cumplido 3 años, la vida parece ser algo sumamente tranquilo. No nos referimos a una tranquilidad externa, ya que el niño hará sus travesuras y será activo e inquieto. Nos estamos refiriendo a una especie de sosiego interior, que permite al pequeño sentirse feliz y "en paz consigo mismo".

A esta edad de tres años, el niño logra armonizar bastante bien su propia inquietud, y su deseo de jugar, con los límites externos que sus padres necesariamente tienen que imponerle. No se trata de una fase definitiva, luego vendrán etapas más difíciles, pero, a los tres años, por lo general, los padres tienen "un descanso".

Antes, el niño frecuentemente trataba de imponer su voluntad en casi todo. Ahora, por el contrario, muchas veces pedirá permiso y tendrá una mayor tendencia a obedecer las restricciones que se le señalen.

El pequeño se sentirá con más confianza en sí mismo, y empezará a relacionarse mejor con otros niños. Ahora empezará a jugar en una forma más concertada y, aunque haya pleitos esporádicos entre compañeritos que juegan juntos, casi

siempre son prontamente olvidados, porque el niño de tres años no tiende a ser belicoso, y se inclina más bien a la cooperación.

DESARROLLO INTELECTUAL Y EMOCIONAL ENTRE LOS TRES Y LOS CUATRO AÑOS

A esta edad, hay dos áreas en las que el niño alcanza un desarrollo francamente notable, hasta el punto de que llega a resultarnos sorprendente: la habilidad para hablar y el mundo de la imaginación.

En ambos campos, es mucho lo que los padres pueden hacer en beneficio de sus hijos. Por ejemplo, las historietas que se les narren o se les lean pueden ser un poco más largas que antes, y sus tramas podrán ser también un poquito más complejas (aunque nunca excesivamente elaboradas). Los libros de láminas e ilustraciones se podrán emplear más que antes, y hasta será bueno comprar algunos, en ediciones económicas, para que el mismo niño los hojee solo. Siendo de poco precio, no importará mucho que se ensucien o se rompan. Ya más adelante llegará el momento de ir enseñando al niño a cuidar los libros.

También, al jugar con sus hijos, los padres pueden ir introduciendo un mayor número de elementos imaginativos en el juego, siempre procurando que tengan una tónica agradable y optimista. Ya será posible usar un vocabulario más amplio, repitiendo y explicando con naturalidad palabras nuevas, pero siempre, sin "academicismo".

De esta edad en adelante, las niñas, por lo general, van a demostrar una cierta superioridad verbal con respecto a los varones. Probablemente hablarán más, tendrán un vocabulario más rico, serán verbalmente más expresivas, y construirán oraciones más largas y en forma más correcta. Tanto para las niñas como para los varones, a esta edad, los teléfonos de juguete suelen ser un excelente recurso, no sólo por lo mucho que entretienen, sino porque estos juguetes les incitan a sostener "conversaciones" con un oyente imaginario, lo que contribuye mucho a darle **seguridad articulatoria** al lenguaje infantil.

OTROS ASPECTOS DEL DESARROLLO

De los tres años en adelante, el niño va aumentando por días en coordinación muscular y destreza manual. A esta edad, algunos van aprendiendo a vestirse y desvestirse solos o, por lo menos, con muy poca ayuda. Inclusive, si los botones y los ojales son bastante grandes, muy pronto aprenderán a abotonarse y desabotonarse. También podrán desatarse y quitarse los zapatos. Sin embargo, los padres deben ser muy pacientes, pues no todos los niños tienen un mismo grado de habilidad manual. A algunos les tomará más tiempo que a otros el ir aprendiendo todas estas cosas, tan simples para los adultos, pero relativamente complicadas para los niños. Deben evitarse las comparaciones negativas. Al niño nunca ha de avergonzársele ni humillársele recalcándole, en tono de reproche, que él todavía no saber hacer algo que ya hacen otros niños de su edad.

La madre también ha de tener cuidado de no mostrarse impaciente, si el niño, tratando de vestirse solo, se demora y se equivoca. Estos errores y estas demoras son naturales, y constituyen una forma de ir aprendiendo. La madre no debe cortarle el impulso al niño y terminar de vestirlo ella. Mejor es que se limite a indicarle con calma lo que está haciendo mal y a señalarle la forma correcta, si acaso dándole una ligera ayuda.

También, después de los tres años, los niños comenzarán a mencionar los números, aunque no aprenderán en seguida a contar en orden consecutivo. Hay muchos que no lo hacen hasta la edad de cinco años.

Al niño le gustará que le canten o reciten rimas infantiles, y muchas veces las aprenderá y repetirá con rapidez, cometiendo a veces alguno que otro "disparate", que por lo general resultan muy cómicos. No es por casualidad que, desde tiempos inmemoriales, hay todo un folklore de poemitas y cancioncillas para niños en casi todas las civilizaciones y literaturas. ¡Prueba de que a ellos les encanta!

En esta etapa, es esencial que los padres sepan ir aumentando gradualmente la libertad de acción del niño. Es negativo restringirlo demasiado, pues esto matará su curiosidad y dis-

minuirá su confianza en sí mismo.

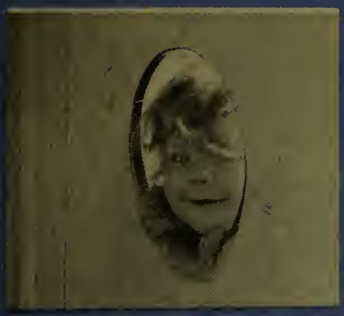
Hacia el final del día, sobre todo si ha sido demasiado activo, conviene orientar al pequeño hacia algún juego o actividad que sea de naturaleza más bien relajante y sosegada. Esto evitará que se sienta fatigado, irritable o nervioso inmediatamente antes de dormir. También la sensación de hambre puede provocarle gran irritabilidad, por lo que es conveniente no retrasarle la hora de su cena.

Todavía a esta edad, el niño no distinguirá clara y tajantemente entre el mundo de la realidad y el de la fantasía. No se extrañe, pues, de que invente "mentiras", que en realidad no son tales, sino más bien elaboraciones de una imaginación despierta y activa, que muchas veces el niño confundirá con la realidad. Esta fase es normal y superable. Y también es normal que el niño, al ser reprendido por algo, trate de esquivar la responsabilidad, echándoles la culpa a sus hermanos de lo que él ha hecho. Si no hay hermanos a quien culpar, probablemente dirá que aquello lo ha hecho el perro o el gato, o algún animal inventado por su fantasía.

Esta tendencia infantil a culpar a otro nunca debe ser interpretada como una tendencia a la maldad o a la hipocresía. El niño no ha desarrollado todavía sus conceptos morales ni es capaz de apreciar el valor ético de la verdad. Los castigos demasiado severos o injustos sólo lograrán afianzar esa tendencia del niño a no querer aceptar sus culpas. Es preferible no asustarlo con interrogatorios demasiado adustos. Lo mejor es irle enseñando que, si dice siempre la verdad, los demás le creerán. Al niño le es fácil asimilar esta enseñanza.

LA SEGUNDA REBELDIA: LA EDAD DE LOS CUATRO AÑOS

Cuando el pequeño cumple 4 años, o poco antes o poco después, parece que empieza a "descomponerse" de nuevo, en lo que concierne a su comportamiento. Ahora vuelve a ser rebelde otra vez, como lo fue a los dos años, pero con mayor energía. Muchas veces se mostrará manifiestamente egoísta en sus exigencias. No es extraño que los padres salten a la con-



La curiosidad de los niños no tiene barreras. ¿Cómo resistir la tentación de inspeccionar ese cañón? Si la estatura no da, siempre es posible buscar un "cómplice".

clusión de que el niño "se ha echado a perder y necesita disciplina de hierro".

En realidad, no es así. Se trata, simplemente, de otra fase normal de su desarrollo. Esa rebeldía es otro paso necesario en su evolución.

Por ejemplo, es muy común que el niño de 4 años acepte con gusto —aunque a veces riña con ellos— a los demás niños de su grupo, es decir, a los que ya conoce, a aquellos con quienes ya se ha familiarizado. Sin embargo, mirará con cierta hostilidad a los que no conoce aún.

También a los 4 años, el niño tiende a ser nervioso y a tener sus "manías". Si se encuentra con otro niño, también "maniático", no es extraño que haya un choque violento, pero esa belicosidad no tiende a ser una característica sostenida. Más bien es algo que sólo brota ocasionalmente.

Su sentido de la propiedad es todavía muy borroso y confuso. El niño aún cree que lo que toma físicamente con sus manos ya le pertenece. Por esto, no es extraño que se "robe" cosas. No le gusta, por supuesto, que le quiten nada a él, pero le parece muy natural quitarle cosas a los demás. Para hacerlo, lo mismo se vale del hurto que de la agresión física. Con paciencia se le irá enseñando a distinguir entre lo suyo y lo ajeno, y él gradualmente irá aprendiendo a no apoderarse, sin consentimiento de su dueño, de aquello que no le pertenece.

El kindergarten es el medio ideal para equilibrar los elementos de disciplina e informalidad, lo que crea una atmósfera que casi siempre constituye la mejor preparación para el ingreso del niño en la escuela primaria. La inmensa mayoría de los niños, en el kindergarten, aprenden a superar su timidez y a moderar su egoísmo natural. A la vez, también aprenden a aceptar y respetar una autoridad distinta de la de sus padres. Allí, el niño se acostumbra a jugar y a trabajar en forma concertada con sus compañeros, en colaboración con ellos, en una forma organizada y compartida. Los juegos y actividades que se desarrollan en el kindergarten también tienen mucho que contribuir a la coordinación visual y muscular de los niños, a su habilidad manual, etc. Las madres, por tanto, no deben cometer el error de pensar que el kindergarten es, simplemente, un "alivio" para ellas. Por el contrario, sus verdaderos méritos abarcan una esfera muchísimo más amplia. Deben preferirse, si las circunstancias lo permiten, los jardines de la infancia de matrícula que no sea ni demasiado numerosa ni demasiado escasa. Veintidós es un buen número.

LAS VENTAJAS DEL KINDERGARTEN

Para muchas madres, la proximidad de un kindergarten es una verdadera bendición, sobre todo si tienen que trabajar fuera de casa o si hay hijos más pequeños a los que cuidar. Esta comodidad práctica, sin embargo, no es la mayor ventaja del kindergarten. Aunque la mamá no tenga que trabajar fuera, aunque le sobren el tiempo, los deseos y las energías para atender al niño, de todos modos hará bien en enviarlo a un kindergarten cuando el pequeño tenga entre 4 y 5 años de edad.

El propósito básico del kindergarten es echar los primeros cimientos, sobre los cuales se afianzarán más tarde las bases del aprendizaje escolar. En el kindergarten, el niño se acostumbrará muy pronto a jugar y a trabajar en compañía de otros niños, en colaboración con ellos, bajo la dirección y supervisión de una maestra, y en actividades organizadas y compartidas. Todo esto, que resulta importantísimo para cualquier niño, lo es más aún para el hijo único, sobre todo si no tiene muchas oportunidades de jugar y compartir con otros de su misma edad.

El kindergarten es el medio ambiente más apropiado para que el pequeño aprenda en la práctica, y por su propia experiencia diaria, a sentir la satisfacción y la alegría que brotan del trabajo **colectivo.** Dicha sensación es mucho más trascendente de lo que creemos, para el mejor desarrollo emocional y social del niño, para su sentido del equilibrio sicológico.

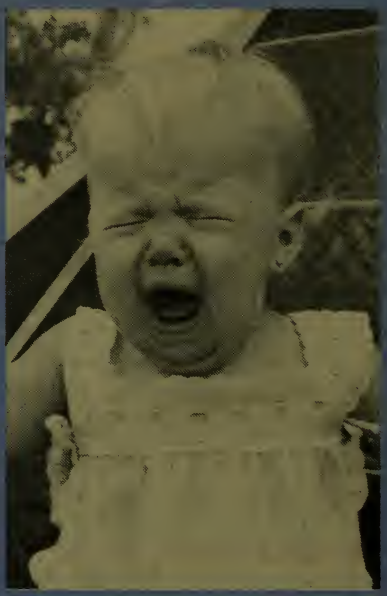
En el kindergarten, el niño aprende, poco a poco, a superar su timidez y a moderar su egoísmo, a respetar una autoridad distinta de la de sus padres, a manifestar su iniciativa, a compartir conocimientos y sentimientos, o a desarrollar sus habilidades, ya sean innatas o adquiridas.

Todas estas actitudes son excelentes para "equipar" mejor al niño antes de que entre en una etapa de aprendizaje más formal.

Los juegos y actividades que se desarrollan en el kindergarten, además, ofrecen la ventaja de contribuir al mejor desarrollo de la coordinación muscular y visual, la agilidad, la habilidad manual, las facultades auditivas (en relación con la apreciación de la música y el canto), etc., e intelectualmente

la mente del niño se acostumbra a captar, asimilar y aplicar las instrucciones recibidas para la realización de distintas tareas apropiadas para su edad.

En principio, convendrá evitar un kindergarten de matrícula demasiado numerosa. Distintos estudios pedagógicos revelan que la matrícula ideal debe oscilar, poco más o menos, alrededor de los 22 alumnos.



El mejor método para hacer cesar una rabieta infantil es ignorarla. Al no hacerle caso, "desarmaremos" al niño en un período más o menos breve, ya que él está usando su rabieta como un "instrumento de chantaje".

LAS "RABIETAS" O "PATALETAS" INFANTILES

"Lo peor de la rabieta infantil es que nos ponga furiosos a los adultos, casi hasta el punto de sufrir nosotros otra", comentaba un sicólogo. Su observación humorística encierra una tremenda verdad: hay veces en que la rabieta del niño (explicable) produce una rabieta paralela en los padres (inexcusable).

Ya se ha señalado, al hablar de la rebeldía infantil y de la reafirmación de la personalidad en el niño, que éste a menudo protesta cuando no puede actuar según su voluntad. Y el niño protesta de muchas maneras, desde una insistencia débil hasta la clásica rabieta, en la que expresa "el colmo de su furia".

¿Cómo hacer frente a esta situación? Si, en medio de una

rabieta, le pegamos al niño, él se sentirá "justificadísimo" para aumentar su violencia, y gritará y pateará con más fuerza aún. Desde luego, con este método no se habrá logrado la finalidad perseguida, que era la de hacer cesar la rabieta. Tampoco podemos escoger ese momento para tratar de razonar con el niño, pues nuestro éxito sería totalmente nulo.

El único método, por muy difícil que les resulte a los padres ponerlo en práctica, es **ignorar la rabieta.** Al no hacerle caso, "desarmaremos" al niño en un período más o menos corto, ya que él está utilizando su rabieta como "instrumento de chantaje". Cuando ve que no obtiene el menor resultado, insistirá un poco más, pero terminará por desistir.

Terminada la "escena", habremos salido de la misma con dos grandes ventajas: no habremos dado rienda suelta a nuestra violencia y, sobre todo, el niño estará más que convencido de que las "pataletas" no le van a servir para lograr su propósito ni hacer ceder a los adultos.

La situación, desde luego, no debe darse por terminada allí. Con el niño ya calmado, ha llegado el momento de imponerle un castigo justo, sereno, exento de toda violencia, haciéndole ver que ese castigo no es una forma de venganza, sino simplemente una penitencia o sanción que se aplica porque la rabieta no es una forma admisible de expresar sentimientos o deseos.

Lo más práctico suele ser decirle al niño con tranquilidad, pero en un tono que resulte claramente firme y enérgico, estas palabras: "Ahora te vas a tu cuarto". Esto, sin alborotar y sin añadir amenazas, suele bastar para que el niño reflexione a solas sobre lo estéril que ha sido su rabieta. Si la edad y el desarrollo mental del niño así lo permiten, una conversación razonable, **posterior**, cuando ya el niño haya recuperado totalmente su compostura, puede ser sumamente eficaz para reforzarle la idea de que las rabietas, en un futuro, no lo van a conducir a obtener lo que desea. Por el contrario, si el niño se da cuenta de que con la rabieta logra salirse con la suya, o sacar a sus padres de sus casillas, nos estaremos arriesgando a que acuda a este recurso con enojosa frecuencia.

Recuérdese, como resumen, que las rabietas no son más que un "truco infantil", que todos los niños tratan de poner en práctica alguna vez, a modo de ensayo, para ver lo que logran. Convencidos de que no logran absolutamente nada, ellos mismos se darán cuenta de que el truco ha fallado, y lo más probable es que no traten de repetirlo.

LA HORA DE ACOSTARSE

Cuando se sientan las reglas que gobiernan la conducta del niño, una de las áreas más difíciles es el lograr que el niño vaya a acostarse a la hora que se le ha fijado.

Los padres comprenderían y manejarían mejor la situación, si se dieran cuenta de que irse a la cama resulta un verdadero sacrificio para los niños mayores de 4 ó 5 años. No es nada fácil lo que les estamos exigiendo. Hay que contar con un hecho que, precisamente por ser tan obvio, a veces tendemos a pasarlo por alto, y es que quizá estemos esperando del pequeño que se vaya a acostar a una hora exageradamente temprana, cuando aún él no está experimentando una sensación de sueño. En algunos casos, en lugar de entablar con el niño una especie de lucha sin cuartel para obligarlo a que se acueste a la hora fijada, tal vez convenga posponérsela 30 minutos o una hora más. No estamos proponiendo que se ceda siempre a los "caprichos" o "malacrianzas" del niño, sino solamente modificar una norma preestablecida en beneficio de otra que probablemente sea más realista y rinda resultados mejores y más prácticos. Lo peor, desde luego, es la inconsistencia, permitiendo que el niño se vaya a la cama a una hora diferente cada día. Esto debe evitarse.

Para el niño, ir a acostarse es algo así como renunciar a todo. Todavía se siente lleno de entusiasmo, de fuerzas y energía para seguir "haciendo cosas". El niño no se da cuenta de que el descanso le resulta necesario. La idea de despertar soñoliento y cansado al día siguiente no le preocupa, como sí le preocupa a un adulto. Nosotros sabemos que, si no dormimos lo suficiente, probablemente no nos sintamos bien a la mañana siguiente en el trabajo. El niño, en cambio, no piensa que va a sentirse mal ni cansado y, si ya está yendo al kindergarten o a la escuela, y se queda dormido en su asiento o pupitre, no va a preocuparse mucho por ello. Para él, lo importante no es el día siguiente, sino el que no le priven ahora de las cosas agradables que todavía le gustaría hacer.

Añádase a esa actitud, natural en el niño, el hecho de que, en

las actuales condiciones de vida, cuando tantas familias viven en casas y apartamentos pequeños, se hace difícil que el niño se apreste a ir a dormir. Está muy cerca, físicamente, de los mayores, de sus conversaciones, de sus idas y venidas. Los ruidos y el movimiento le invitan a seguir participando en todo aquello.

Por otra parte, no olvidemos que el niño es por naturaleza curioso, y le gusta saber qué hacen los mayores después que él se acuesta. Es frecuente el caso del niño que, despertándose a las 10 o las 11 de la noche, se asoma en puntillas a la sala para tratar de averiguar lo que está pasando.

El problema de que el niño se vaya a dormir sin protestas se simplificará mucho si se aplican las siguientes medidas: **(1)** Fijar una hora que no resulte demasiado temprana para la edad del niño; **(2)** no insistir en que el niño, si da lucha para dormirse en la noche duerma siestas muy prolongadas durante el día; **(3)** tratar de procurarles entretenimientos y distracciones, después de la cena, que no resulten demasiado excitantes, y **(4)** procurar establecer una rutina agradable en el proceso diario de irse a la cama (narrar un cuento, darle las buenas noches a los adultos de la casa, cepillarse los dientes, rezar las oraciones, etc.). En cuanto a la posibilidad de administrar un sedante ocasionalmente al niño, ya hablamos antes en este libro.

A LOS CINCO AÑOS, SERENIDAD DE NUEVO

Tras la rebeldía de los cuatro años, el niño vuelve a una fase de serenidad interior, muy similar a la que atravesó cuando sólo tenía tres años. Ahora, sin embargo, nos dará la impresión de ser ya "una personalidad más completa". Todavía, desde luego, la vinculación del niño a sus padres sigue siendo grande, pero ya él va aprendiendo a moverse dentro de una esfera de acción muchísimo más amplia. Ya no depende tanto de los padres ni de otros adultos, y esta reafirmación personal, esta mayor autonomía, tiende a reflejarse en actitudes y conductas de signo positivo.

Puede decirse que, en general, los cinco años es una edad de equilibrio, en la que el niño armoniza con bastante éxito elementos opuestos, como generosidad y egoísmo, sensibilidad

y dureza, cooperación e individualidad, dependencia e iniciativa propia.

El niño de cinco años tiende a ser amistoso. Además, aunque no deja de ser imaginativo, ahora será mucho más "realista"; es decir, raras veces tratará de alcanzar metas irreales y no intentará objetivos que resulten muy difíciles para él. Precisamente por esto, lo frecuente es que logre hacer casi todo lo que se propone, y estos pequeños triunfos van fortaleciendo su seguridad y su confianza en sí mismo.

Los padres deberán preocuparse de no imponerles a sus hijos, en esta etapa, metas que sean sumamente difíciles de obtener. Los efectos del fracaso, siempre peligrosos durante la niñez, son aún peores a esta edad, ya que pueden dar lugar a una frustración fundamental. Bastará con ejercer una ligerísima presión para que el niño se mantenga vivaz, alerta y dinámico, pero se evitará señalarle objetivos o conductas que excedan los límites de su capacidad. Las comparaciones desfavorables y humillantes con otros niños, que siempre son nocivas, lo son todavía más en esta etapa.

APRENDIENDO A LEER ANTES DE IR A LA ESCUELA

En muchos hogares, cuando el niño llega a la edad de cinco años, tanto si va al kindergarten como si no va, se plantea la cuestión de si conviene o no tratar de enseñarle a leer antes de que comience, al año siguiente, el primer grado.

Las opiniones de sicólogos y especialistas, hasta ahora, habían estado bastante divididas respecto a este tema. Hoy, sin embargo, la mayoría se inclina a aceptar que es positivo que el niño aprenda a leer antes de comenzar a ir a la escuela, **siempre y cuando los padres no lo fuercen y no se lo impongan como una obligación.**

Hoy se acepta, fuera de toda duda, que la gran mayoría de los niños **puede** empezar a leer desde la edad de los tres años. A esa edad, generalmente les es posible identificar las letras de molde, y hasta escribirlas. Sin embargo, el hecho de que el niño **pueda** aprender a leer, no implica necesariamente que **deba** hacerlo.

La conveniencia de enseñarle o no va a depender de varios factores. Entre éstos, el principal es el grado de entusiasmo y de deseo que manifieste el propio niño. Si él no parece estar espontáneamente inclinado al aprendizaje de la lectura, lo mejor será no presionarlo. No hay que preocuparse de que el niño comience el primer grado sin saber leer. Habrá otros muchos que estarán en sus mismas condiciones. Ya la maestra se encargará de enseñarlos, y los métodos pedagógicos que ella emplee probablemente serán los más adecuados.

Es cierto que los niños que ya saben leer tienen alguna ventaja sobre los demás en los dos primeros grados de la enseñanza elemental, pero, cuando vayan a empezar el tercero, ya se habrá logrado una equiparación.

Si el niño de edad preescolar muestra un gran interés por leer, si de veras quiere aprender e insiste en que le enseñen, entonces sí debe dársele la oportunidad de que aprenda, pero en una forma agradable, sin un horario fijo ni "clases" demasiado largas. Obviamente, las primeras lecturas deben ser muy fáciles, tanto en lo que se refiere a las combinaciones de letras y sílabas como al contenido mismo de lo que se lee.

La etapa que abarca desde los tres hasta los seis años está caracterizada por una gran fluencia lingüística y por una notable curiosidad natural. Esto determina que no deba frenarse ni retardarse al niño que realmente quiere aprender a leer, pero es esencial que exista esa predisposición favorable a la lectura. De lo contrario, nada se ganará con imponer al pequeño un tipo de actividad que él todavía no quiere realizar. Debe recordarse, sin embargo, como ya se indica en otro lugar de este libro, que esa fluencia lingüística de que hablamos, por lo general, es notablemente mayor en las niñas que en los varones. Los padres deben tener en cuenta esta importante diferencia, para así evitar hacer comparaciones entre su hijo varón y alguna niña especialmente "locuaz" de la misma edad (quizá la hija de algún familiar, vecino o amigo), pues lo más probable es que el varón lleve todas las de perder en ese tipo de comparación, basada en el lenguaje.

Los padres sí pueden **estimular, no forzar,** el interés del niño por la lectura, mediante el sencillo recurso de leerle cuentos e historietas infantiles que resulten divertidos y amenos, de fácil comprensión. Además, se le pueden mostrar libros ilustrados, e inclusive permitir que él mismo los hojee. Esto, por lo general, aviva en los niños el deseo de aprender.

OTROS ASPECTOS DEL DESARROLLO DEL NIÑO A LA EDAD DE CINCO AÑOS

El peso normal de un niño de cinco años debe oscilar entre 18 y 25 kg, poco más o menos, y su estatura probablemente fluctúe entre 1,00 m y 1,20 m. A esta edad, la mayoría de los niños ya pueden vestirse y desvestirse solos, abotonándose y desabotonándose su ropa (excepto aquellos botones más difíciles). También son capaces de calzarse, aunque es normal que muchos niños de esta edad todavía no puedan anudarse los cordones. A los cinco años, el niño ya puede "ir al baño" sin ayuda. También debe saber contar en orden consecutivo, por lo menos hasta 10, sin equivocarse. Igualmente puede distinguir, sin confusiones, los colores básicos, y a esta edad empieza a darse cuenta del valor comparativo del dinero (por ejemplo, sabrá que con un peso puede comprar más cosas que con cinco centavos).

Por esto, precisamente, algunos sicólogos señalan que esta edad es la indicada para empezar a darle al niño una asignación semanal de dinero, por muy reducida que sea. Lo que se busca no es que el niño tenga dinero para gastar, sino que empiece, poco a poco, a apreciar su valor. Desde este punto de vista, la costumbre de la asignación semanal tiene un valor educativo que no debe pasarse por alto. Además, ha de pensarse que el niño está próximo a ir a la escuela, resultará práctico que, cuando empiece, ya sepa manejar pequeñas cantidades de dinero.

La cuantía de lo que se le dé al niño dependerá de los usos sociales del lugar, pero los sicólogos señalan que nunca debe ser ni excesivamente reducida ni tampoco exageradamente generosa. Además, los padres deben mantenerse al tanto para reconocer cuándo llega el momento de ir aumentándola gradualmente. También nos señalan que, una vez fijada esa asignación, la misma no debe ser aumentada como premio ni disminuida como castigo.

XXI - LA DISCIPLINA Y SUS PROBLEMAS

En el proceso educativo de sus hijos, lo que más preocupa a la mayoría de los padres es el tema de la disciplina. Y muchos de los problemas que surgen se deben al enfoque básicamente equivocado que se hace de esta cuestión. De la disciplina suele tenerse una idea exclusivamente negativa, siempre asociada con el **no**. Se entiende que la disciplina es un conjunto de prohibiciones, de limitaciones, de normas obligatorias cuya única finalidad es restringir la independencia. No es extraño, por consiguiente, que los niños —e inclusive los mismos adultos— reaccionen contra ella. Ese concepto de la disciplina es un concepto parcial, que sólo enfatiza o subraya su aspecto coactivo, y no su aspecto constructivo, que es el principal.

La disciplina, rectamente entendida, es una fuerza dinámica y positiva **que nos ayuda a vivir.** Y es así como habrá que inculcársela al niño, hasta lograr que él la sienta como algo que actúa en su beneficio y que contribuye a su felicidad.

Para el pequeño, la disciplina nunca debe ser sinónimo de castigo y dureza. Si él hace esta peligrosa equiparación mental y emocional, le será más difícil llegar a tener **autodisciplina,** es decir, la que brota de las propias convicciones.

También debemos señalar que la mejor disciplina es la más flexible, no en el sentido de inconsistencia o falta de firmeza. Lo que queremos señalar, al decir que la disciplina debe ser flexible, es que resulta imprescindible que los padres tomen muy en cuenta las características personales del niño, ya que unas mismas normas no convienen a todos por igual.

La disciplina también debe ser flexible en otro sentido: en ir evolucionando y reajustándose de modo gradual, a medida que el niño crece y va desarrollando su personalidad. Algunos padres empiezan bien, pero luego se estancan, al no darse cuenta de los cambios fundamentales que la edad y el proceso del desarrollo van operando en el niño. Si la disciplina no cambia, para ir adaptándose a problemas y situaciones nuevas, es muy posible que el niño nunca llegue a tener un suficiente control espontáneo de sí mismo.

La disciplina no es sólo restricción. También es regulación, y ambos aspectos deben complementarse. La regulación comprende no sólo los límites y las prohibiciones, sino también la esfera de libertad dentro de la cual el niño puede moverse, actuar y tomar decisiones para, de esa manera, ir haciéndose progresivamente responsable de sí mismo, inclusive cuando se encuentra solo, sin vigilancia de los adultos.

APLICANDO LA DISCIPLINA CUANDO EL NIÑO EMPIEZA A GATEAR O A CAMINAR

A medida que en el niño pequeño va aumentando la libertad de movimientos y de locomoción, él dejará de ser solamente "espectador" para ir convirtiéndose, cada vez más, en "espectador-actor". Es importantísimo que, en esta etapa, los padres no se dejen llevar por un exagerado afán de protección que les haga imponer al niño inhibiciones excesivas e innecesarias. No hay que limitar demasiado el impulso del niño a averiguarlo todo, pues eso le desarrollaría una negativa desconfianza, que luego será causa de fracasos.

Los padres harán bien en eliminar del ambiente físico que rodea al niño todo lo que represente un peligro material, así

como los adornos y objetos costosos o artísticos que el niño pueda romper. Estas sencillas precauciones reducirán muchísimo el número de veces en que haya que utilizar la palabra "no", que llega a ser nociva para el niño, si hay que estársela repitiendo con una frecuencia exagerada.

Por otra parte, la madre se sentirá mucho más serena, menos tensa, si el pequeño puede moverse y jugar en un espacio físico "a prueba de niños". Esto, de por sí, ya es una gran ventaja, pues una madre serena y reposada es una de las influencias más beneficiosas que el niño puede tener.

Desde luego, por muchas que sean las precauciones que se tomen, siempre habrá momentos en los que será necesario recurrir al "no". En tales situaciones, debe procurarse que el niño se dé cuenta de que la prohibición **se refiere a algo concreto,** y no a su actividad "exploratoria" en general.

Precisamente por esto, no es sensato prohibir algo al niño y esperar que él se quede, "como un angelito", tranquilo y conforme en una actitud pasiva. Será preferible **desviar su atención hacia otro estímulo,** hacia otra cosa que también pueda interesarle, permitiéndole que manipule a su antojo ese otro objeto. De esta forma práctica, el niño irá dándose cuenta de que hay algunas cosas que se le prohíben, **pero que también hay muchas otras que se le permiten.** Esto, además, ofrece la ventaja de contribuir a que el niño, poco a poco, vaya formándose un concepto realista del mundo, interpretándolo como un conjunto de circunstancias distintas, tanto agradables como desagradables.

LA DISCIPLINA A LA EDAD DE DOS AÑOS

En esta fase, como en las demás, los padres deben ir esforzándose por hallar un feliz término medio entre el control excesivo y la tolerancia exagerada.

Si en esta etapa se exageran mucho las restricciones, el niño se volverá muy tímido o marcadamente rebelde. También se corre el riesgo, si se le abruma con demasiadas restricciones, de que comience a desarrollar una temprana y negativa tendencia a la hipocresía. El niño de dos años, al que se le

prohíbe casi todo, puede convertirse en un niño exteriormente conforme y obediente, pero que lleva dentro de sí una hostilidad callada, contra el mundo en general y contra sus padres en particular.

Es muy importante no imponer al niño una disciplina rígida a la hora de las comidas. La ansiedad de la madre por enseñarle "buenos modales", o su preocupación para que el niño

coma sin ensuciarse la ropa y sin verter porciones de alimento a su alrededor, resultan factores contraproducentes. Todavía no ha llegado el momento de enseñar al niño a comer bien. Será más atinado aceptar con naturalidad el hecho de que lo ensucie todo, y darle la oportunidad, gradualmente, de que vaya comiendo solo, sin insistir siempre en llevarle la cuchara a la boca.

UN PRINCIPIO BASICO DE LA CONDUCTA INFANTIL: DISTINGUIR ENTRE LOS SENTIMIENTOS Y LA ACCION

Todo niño tiende a la **expresión espontánea** de sus sentimientos. Esta tendencia, en principio, es altamente beneficiosa, no sólo porque le sirve al niño para aliviar sus tensiones naturales, sino principalmente porque le ayuda a identificarse mejor consigo mismo.

Sin embargo, hay una importantísima distinción que debemos hacer muy claramente. El hecho de que la expresión de los sentimientos sea fundamentalmente algo beneficioso, **no** implica que todas las formas de expresión sean igualmente admisibles. Algunas no lo son, y la función de los padres es enseñar y ayudar al niño a que sepa controlarlas.

Al niño no podemos "condenarlo" ni juzgarlo "malo" por los sentimientos que espontáneamente surjan en él. Esto sería erróneo y, además, gravemente injusto. Por ejemplo, si su hermanito lo molesta, es perfectamente natural que el niño reaccione con una hostilidad agresiva, y ello no implica que el niño tenga "malos sentimientos" ni que sea incapaz de sentir cariño fraternal. Ahora bien, si para expresar esa reacción hostil el niño acude a una conducta negativa (como sería, por ejemplo, golpear violentamente a su hermano), es obvio que dicho comportamiento no puede serle permitido.

Es por esto que resulta esencial que los padres distingan entre los sentimientos del niño y su exteriorización. En otras palabras, al niño nunca deberá decírsele que es malo por el simple hecho de que, en un momento dado, sea capaz de experimentar sentimientos negativos de agresión, hostilidad o violencia. Tales sentimientos son absolutamente normales y los adultos también los experimentamos en nuestra vida diaria. Lo que debe hacerse es enseñar al niño a que ejerza el debido control sobre esos sentimientos, para que sepa que no ha de permitírsele una **exteriorización negativa** de los mismos. Esta finalidad, desde luego, no va a lograrse de la noche a la

Si sus hijos juegan con tortugas, deben seguir estas precauciones: 1) lavarse las manos siempre que terminen de jugar con el animal; 2) mantener la tina o estanque de la tortuga bien alejada del comedor, cocina y despensa, y 3) cambiar a diario el agua del estanque o recipiente. En cuanto a los perros, pueden ser excelentes amigos de los niños, pero asegúrese de hacerlos vacunar oportunamente y prefiera escoger perros de aquellas razas que tienden a ser más pacientes y mansas con los pequeños.

El ejercicio al aire libre ayuda al desarrollo general del niño y, sobre todo, cuando éste se realiza de forma organizada, lo cual contribuye a crear hábitos de disciplina necesarios para su vida futura.

El niño va aprendiendo gradualmente a través de las experiencias de su vida diaria, de sus juguetes, del contacto con los adultos y con otros niños de su edad, tanto mediante las actividades programadas (como los juegos de gimnasia en el kindergarten o las clases de ballet y ejercicios rítmicos), como de las actividades y juegos espontáneos, improvisados libremente.

Cuando los niños necesitan lentes, casi siempre se acostumbran a llevarlos sin protestar, pues ellos mismos son los primeros en notar lo mucho que mejora su visión y, en consecuencia, se sienten más cómodos.

mañana, sino a través de un proceso más o menos largo.

Nada hay peor que fomentar en el niño la idea de que él no es "bueno", simplemente porque tienda a la desobediencia, o porque a veces reaccione en forma violenta o agresiva. Si el pequeño se crea un "complejo de culpa", o piensa que sus padres, debido a sus "maldades", han dejado de quererle, probablemente termine por ser un desajustado emocional. Tolstoi, el célebre novelista ruso, cuenta en sus Memorias que, hostigado por un preceptor exageradamente severo, llegó a considerarse a sí mismo como una especie de "monstruo de maldad", al extremo de que un día, en medio de una crisis emocional de llanto, llegó a pedirle a su propio padre que le pegara como castigo y que le echara de la casa. El preceptor, con un sentido negativo de la disciplina, le había inculcado la nefasta idea de que él no era un niño merecedor de cariño.

TOLERANCIA Y SEVERIDAD

Es importante que el niño no se resienta contra las limitaciones que sus padres impongan a su desenvolvimiento habitual, considerándolas arbitrarias, caprichosas o injustas. Para que esto no suceda, es esencial que los límites fijados a la conducta del niño sean **límites razonables.** Además, una vez que se hayan fijado, deben mantenerse con una consistente regularidad, y no sobre la base imprecisa de "hoy sí y mañana no".

Cuando fijen esos límites a la conducta de sus hijos, el padre y la madre deberán esforzarse por ponerse de acuerdo para resolver conjuntamente lo que más beneficie al desarrollo de sus hijos. Sin embargo, no es extraño que haya discrepancias entre los esposos.

Si el hijo es varón, la que tiende a pecar de estricta es la madre. Ella sabe que los varones tienden a ser más audaces, activos e intranquilos que las niñas. Teme que su hijo pueda ponerse en situaciones de peligro físico, o "buscar pleito" con sus compañeros de juego. Tales temores hacen que las madres, a veces, exageren un poco las restricciones que establecen para sus hijos varones. Los padres, por el contrario, tienden a estar demasiado ansiosos de que su hijo sea "muy hombre", de que la mamá no lo afemine ni lo "enfalde" y,

por consiguiente, a veces se anticipan un poco al grado de desarrollo alcanzado por el niño, exagerando la esfera de libertad que puede permitírsele.

Cuando se trata de una niña, la tendencia general es más bien la opuesta. La mamá sabe que la niña es más obediente, más pasiva, más tranquila, incapaz de travesuras peligrosas. Confiada en esto, tiende a no ser tan restrictiva con ella como lo es con los varones. El padre, en cambio, aunque no duda de que su niña efectivamente sea muy buena, tiende a "celarla", sintiéndose temeroso de lo que pueda encontrar, ver, oír o aprender fuera de su casa. Considera, por consiguiente, que el mejor lugar para la niña es el hogar, donde no está expuesta a peligros ni a malos ejemplos. En consecuencia, toda la libertad que el padre está dispuesto a darle a su hijo varón, se transforma en limitaciones exageradas cuando se trata de la niña. No queremos decir que esto suceda rigurosamente en todos los hogares, sino simplemente señalar que, en muchos casos, ésta es la **tendencia general.**

Es muy necesario, por tanto, que los padres analicen cuáles son sus inclinaciones espontáneas con respecto a sus hijos de uno y otro sexo. Cada uno de los padres, cambiando impresiones con el otro, puede darse cuenta de las áreas en que está fallando, por exceso o por defecto. Así les será más fácil llegar a un punto de vista coincidente, para alcanzar un feliz término medio, donde el equilibrio de restricciones y libertades sea el más balanceado y, por tanto, el que más beneficie a los hijos. Este equilibrio, desde luego, será muchísimo más importante cuando los hijos lleguen a los años de la adolescencia, pero se habrá adelantado mucho camino si, desde la niñez, se ha ido estableciendo progresivamente un balance adecuado.

Para que los límites sean razonables y normales, es esencial que a los niños no se les restrinja mucho su actividad física. Por ejemplo, el impulso de correr y saltar, que tanto preocupa a los papás y a las mamás, aparte de ser un impulso normal en el niño, cumple la función de irle proporcionando gradualmente agilidad, fuerza, resistencia y coordinación muscular. Será necesario, por tanto, revestirse de un poco de paciencia y no pretender que el niño esté perennemente quieto.

Debe recordarse, además, que la capacidad de control en el niño suele ser muy inferior a la que ya ha adquirido el adulto. A los menores de seis años, no les resulta nada fácil

saber reprimirse y abstenerse de conductas no toleradas por los padres. Esperar que un niño tenga el grado de autocontrol propio de un adulto, constituiría un serio absurdo pedagógico.

Lo anterior no significa que a un niño, por pequeño que sea, deba "tolerársele todo". No se trata de eso. Lo que se quiere señalar es que los padres no deben reaccionar en una forma desproporcionada ante las transgresiones que el niño pueda cometer. El castigo, cuando realmente proceda, debe ser limitado, ajustado a las **posibilidades reales** de conducta en el niño, y no ha de ignorarse el hecho de lo difícil que aún resulta para él ejercer suficiente autocontrol.

LA IMPORTANCIA DE OFRECER ALTERNATIVAS

Cuando se fijan límites a la conducta del niño, es recomendable ofrecerle alternativas de acción, paralelas a la prohibición que se está estableciendo. Por ejemplo, si al niño se le dice "ahora no puedes jugar en el patio porque está lloviznando", esto probablemente provocará su rebeldía. El niño quiere jugar, y la idea de mojarse un poco no le preocupa mayormente.

Sin embargo, si al prohibírsele que salga al patio se le sugieren otros entretenimientos, juegos o distracciones a los que él pueda dedicarse bajo techo, no cabe duda de que reaccionará en forma mucho más positiva. El niño se estará dando cuenta de que sus padres no se limitan solamente a decirle lo que **no** puede hacer, sino que verá que también se preocupan de buscarle o sugerirle algún entretenimiento ameno. Esto no equivale a "malcriar" al niño. Se trata, simplemente, de saber comprender sus necesidades.

Si se le lleva al médico o al dentista, por ejemplo, sería demasiado esperar que, mientras el niño aguarda su turno en la antesala del profesional, se esté quieto como una estatua, con toda la compostura de un adulto. Será mejor llevar unos cuantos libros de láminas que él pueda hojear, o un cuaderno de colorear con algunos creyones, de modo que él pueda estar entretenido y así no comience a causar dificultades con "mala" conducta (que en realidad no es mala, sino muy natural).

El castigo debe perseguir una finalidad constructiva: modificar la conducta indebida del niño, no limitarse a ser un vehículo de desahogo para la molestia o la violencia de los padres. El siguiente capítulo desarrolla detalladamente las reglas básicas que deben aplicarse para que el castigo, cuando sea necesario recurrir a él, resulte eficaz.

XXII - EL CASTIGO

El castigo, cuando hay que aplicarlo, debe ser siempre un instrumento que contribuya a la mejor educación del niño, nunca un desahogo para la violencia o el mal humor de los padres. El castigo jamás puede ser una forma de venganza o desquite por parte de los adultos hacia el pequeño.

El principio fundamental de todo el proceso educativo es estimular en el niño la conducta positiva y desalentar la negativa. Cuando el castigo no sirve para cumplir esta finalidad, resultará entonces totalmente ineficaz. Si el castigo no cumple una función correctora, no habrá servido de nada. Peor aún: habrá surtido un efecto negativo, pues habrá resquebrajado la autoridad de los padres y habrá empeorado las relaciones entre éstos y sus hijos.

Si queremos que el castigo sea constructivo y eficaz, es imprescindible que esté sujeto a ciertas **reglas básicas,** que analizaremos brevemente a continuación:

El castigo no debe ser cruel

Aparte de que la crueldad es inadmisible desde el punto de vista afectivo y moral, tampoco resulta práctica. Lejos de servir para corregir al niño, fomentará en él sentimientos de

rencor y aversión hacia sus padres. El castigo cruel frecuentemente convierte al niño en un rebelde que llega a ser capaz de las peores acciones, como lo demuestran múltiples estudios que se han realizado sobre la delincuencia juvenil. Suponiendo que el niño no llegue a ser un rebelde, probablemente se convierta en un sumiso sin voluntad, que sólo reacciona por miedo. Ningún niño llegará a mejorar de conducta sólo por temor a la dureza exagerada del castigo que puedan aplicarle sus padres.

El castigo debe ser consistente

Cuando una determinada conducta es castigada una vez, debe castigarse de nuevo cada vez que se repita. Hacerlo unas veces sí, y otras veces no, sólo logrará desorientar al niño y sembrarle una confusa incertidumbre acerca del comportamiento que sus padres esperan de él.

El castigo debe ser justo

Sólo se puede castigar al niño cuando éste ha hecho algo **a sabiendas de que no debía hacerlo.** Además, el castigo debe ser proporcionado a la seriedad de la falta cometida: ni tan débil que el niño se dé cuenta de que sus padres son exageradamente "flojos" y tolerantes, ni tan duro que el pequeño lo resienta. Mientras más justo sea el castigo, el niño lo aceptará con una mejor disposición de ánimo y, en consecuencia, ese castigo resultará más efectivo.

El castigo debe ser inmediato

Salvo casos muy excepcionales, resulta contraproducente castigar a un niño por algo que hizo una o dos semanas antes. Mientras más pequeño sea el niño, mayor importancia tiene el no dejar pasar demasiado tiempo entre la falta y el castigo subsiguiente. Sin embargo, si los padres experimentan en el momento una reacción de violencia demasiado fuerte, y se dan cuenta de que van a excederse al castigar, será preferible "contar hasta 10" y tomarse unos minutos para recuperar el autocontrol antes de aplicar el castigo.

El castigo no debe ser demasiado prolongado en el tiempo

Si se exagera la duración de un castigo, no sólo el niño se resentirá contra sus padres, sino que también perderá todo

incentivo y estímulo para mejorar su conducta en el futuro. Por ejemplo, no permitirle a un niño jugar con sus amigos durante un mes, o privarlo de ir a la playa durante todo el verano, serían castigos excesivamente largos, y los padres harán mejor en evitarlos. Tampoco deben adoptarse castigos que priven al niño de algo esencial (por ejemplo, dejarlo sin un regalo en Navidad o en el día de su cumpleaños). El regalo, en tales ocasiones, es algo que el niño necesita como manifestación exterior del cariño que sus padres le tienen, y no debe quitársele a modo de castigo.

Las condiciones que acabamos de enumerar son todas importantes para que el castigo cumpla su función adecuada. Sin embargo, la más importante de todas es que exista en el hogar un ambiente de amor hacia los hijos y de seguridad emocional. Si el niño está habituado a vivir en ese ambiente positivo, comprenderá y aceptará mejor el castigo cuando se presente la necesidad de aplicarlo, pues se dará cuenta de que, en su hogar, el castigo es algo excepcional y justificado, provocado por él mismo debido a su conducta negativa. Pero se dará cuenta también de que, más importante que ese castigo, es el cariño que sus padres le tienen, el afecto que le demuestran, las atenciones y los cuidados que le prodigan.

Si los padres fallan en la creación de ese ambiente hogareño, si el niño se siente rechazado e inseguro, ansioso de un cariño que nunca se le prodiga, entonces es muy difícil que pueda existir un castigo eficaz, pues el niño tenderá a interpretarlo como una nueva muestra de abuso, de injusticia y de falta de amor hacia él.

EL CASTIGO Y SUS FORMAS

Como ya hemos visto, el castigo, para resultar verdaderamente eficaz, debe tener una positiva proyección hacia el futuro: eliminar en el niño la conducta indebida para sustituirla por una conducta aceptable. Esto, desde luego, también se logra por muchos otros métodos que no son los del castigo, pero este último no se puede eliminar totalmente, aunque ha de hacerse todo lo posible por no emplearlo con demasiada frecuencia.

Podemos distinguir tres formas básicas de castigo: la privación, el confinamiento y el castigo físico.

Cuando se aplica un castigo de privación, se le prohíbe al niño hacer algo que a él le guste, ya se trate de ir al cine el domingo, de salir al parque a jugar con sus amigos, de bañarse en la piscina o ir a la playa, de ver la televisión, etc.

Es conveniente, siempre que las circunstancias del caso concreto así lo permitan, que el castigo de privación esté **directamente** relacionado con la infracción que el niño cometió. Por ejemplo, si se le dijo que no se metiera en la piscina y él lo hizo, probablemente el mejor castigo sea prohibirle el disfrute de la piscina por unos cuantos días. Si se le ordenó que no tocara la fuente de dulce que estaba enfriándose en el refrigerador, y él desobedeció el mandato, un buen castigo será dejarlo sin postre por espacio de varios días, y así sucesivamente.

El castigo de confinamiento es el que restringe la libertad del niño para desplazarse a su gusto de un lugar a otro. En el caso de los más pequeños, lo más prudente es mantenerlos un rato, más o menos largo, sentados en una silla, en un sitio donde a la mamá le sea fácil vigilarlos. Mientras menos edad tenga el niño, menos largo debe ser el tiempo de duración de este tipo de castigo. Tratándose de niños un poco mayorcitos, se les puede ordenar que cumplan el castigo en su cuarto, sin salir de éste. El rato de aburrimiento generalmente es muy efectivo para quitarle al pequeño los deseos de volver a portarse mal.

En cuanto al castigo corporal, hasta hace cuestión de unos pocos años, casi todos los sicólogos lo rechazaban de plano. Esta fue una reacción natural hasta cierto punto, ya que, en un pasado más o menos remoto, los castigos corporales aplicados a los niños tendían a ser demasiado fuertes, y en ocasiones abusivos. No es de extrañar, por consiguiente, que cuando se comenzó a avanzar en el campo de la sicología infantil, los sicólogos se inclinaran fuertemente a rechazar toda forma de castigo corporal.

Hoy en día, sin embargo, ese concepto ha sido sometido a una profunda revisión y, salvo alguna excepción aislada, casi todos los especialistas en sicología infantil, en la actualidad, ya están admitiendo que el castigo corporal no es totalmente inaceptable. Desde luego, si los padres lo aplican, deben hacerlo **con la más estricta sujeción a estas tres reglas: (1)** el castigo corporal no se aplicará con demasiada frecuencia,

sino sólo excepcionalmente; debe ser la excepción y no la regla general; **(2)** no debe ser tan violento que pueda producirle lesiones al niño, y **(3)** el castigo corporal nunca debe ser humillante (no se debe, por ejemplo, darle al niño una bofetada en público, sobre todo, en presencia de sus amigos y compañeros).

La mejor forma de castigo corporal suelen ser las clásicas nalgadas. Una nalgada oportuna, dada a tiempo, sin excesiva violencia, es interpretada por el niño como una saludable manifestación de energía y firmeza por parte de sus padres, firmeza que él sicológicamente necesita, aunque no se dé cuenta de ello. "Con papá y mamá no se juega", pensará el niño, y subconscientemente, aunque él sea incapaz de razonarlo, se sentirá más seguro, al notar que tiene unos padres cariñosos, pero también enérgicos, que no le permiten hacer impunemente todo lo que a él le plazca.

¿QUE ES EL SEXO?

A lo largo de los meses de espera, o cuando el bebé ya ha nacido, la madre tiene una excelente oportunidad —si hay otros niños en casa— de satisfacer la curiosidad de sus hijos ya mayorcitos, contestando a las preguntas que le formulen con respuestas veraces, sencillas y claras, preguntas inevitables que normalmente surgen de la natural curiosidad de los niños, y que la madre nunca debe ignorar ni reprimir. Si hay niños aún demasiado pequeños para plantear preguntas, la madre siempre puede procurar que éstos se mantengan en estrecho contacto con ella y con el bebé recién nacido, para que nunca se sientan abandonados ni relegados a un segundo término por la presencia de un nuevo hermano. Si los mayores se sienten seguros del cariño de sus padres, los celos infantiles se reducirán a un mínimo.

Pero, aclaremos algunas ideas fundamentales, para que las respuestas y explicaciones dadas por la madre a sus hijos se ajusten a lo que la ciencia sabe hoy sobre el sexo.

Hasta hace poco se había enfatizado, sobre todo, las diferencias que existen entre el hombre y la mujer. El hecho de ser estos organismos dotados de sexo opuesto ha dado lugar a imágenes culturales igualmente opuestas de lo masculino y femenino, así como al desarrollo de papeles sociales basados en la diferente capacidad intelectual, en las diferencias emotivas, en el diverso talento profesional y en los recursos diferentes de comportamiento. Por ejemplo, se ha solido decir que el hombre es naturalmente más agresivo que la mujer; que ésta tiene una vida afectiva más rica y matizada; que el hombre tiene mayor capacidad para el pensamiento abstracto, de tipo matemático, o para el manejo de situaciones que involucran una combinación de factores tales como la fuerza física, el sentido práctico y un espíritu intrépido.

Hoy, la ciencia ha puesto al descubierto un rico y amplio fondo de atributos comunes tras las pocas diferencias que de veras pueden documentarse. Porque diferencias existen, ciertamente. Las hay genéticas (cromosomas X e Y en el par 23°), fisiológicas (respecto a los órganos reproductores), y anatómicas (por ejemplo, en la organización y especialización del córtex cerebral). Sin embargo, numerosos experimentos recientes parecen revalorizar el fondo común que comparten tanto el hombre como la mujer, hecho que permite ver bajo otra luz la aparición misma de las diferencias de comportamiento: éstas surgen cada vez que el repertorio común de posibilidades cae bajo el control del condicionamiento social (aprendizaje, imágenes y papeles sociales).

XXIII - EDUCACION SEXUAL

Antiguamente, lo más común era que los padres hicieran todo lo posible por evadir el tener que darles información y educación sexual a sus hijos. En primer lugar, eran muy pocos los padres que sabían cómo impartirla adecuadamente. Por otra parte, existía el "tabú" del sexo. En la actualidad, aunque desgraciadamente esas actitudes equivocadas no han sido erradicadas del todo, ya van siendo cada vez más los padres que están plenamente conscientes de que tienen una seria responsabilidad en este sentido, y de que no deben, por consiguiente, huir de la misma.

Muchos padres se preocupan por tratar de precisar el momento en que deben comenzar a darle al niño alguna información sexual. En principio, lo mejor será guiarse por esta regla general: esperar a que el propio niño sea quien pida la información, y no anticiparse a dársela mientras él no la haya pedido. Si se ofrece al niño una información sexual no solicitada, se estará poniendo un énfasis innecesario en un asunto que, de todos modos, más tarde o más temprano, va a despertar una curiosidad **natural** en el pequeño. Hay niños más precoces que otros, de modo que, mientras algunos parecen anticipar sorprendentemente sus preguntas, otros no

las plantean hasta mucho después. Debe insistirse en que estas diferencias son normales.

Supongamos que, por la edad que ya el niño tiene, los padres juzgan necesario o prudente el darle determinada información sexual, previendo la posibilidad de que el niño pueda adquirirla en otras fuentes maliciosas y distorsionadas. Siempre hay maneras discretas y sutiles para provocar que el mismo niño sea quien plantee las preguntas, lo que dará a los padres la oportunidad que buscan para darle a su hijo la información adecuada, sin necesidad de tener que enfatizar el tema en una forma demasiado ostensible.

Por ejemplo, si un niño de cinco o seis años jamás ha demostrado la menor curiosidad sexual, ni ha planteado una pregunta en este sentido, puede aprovecharse la oportunidad de que haya alguna señora embarazada en la familia (quizá la propia mamá), para hacer alguna referencia natural y discreta a su estado, logrando que el niño se fije en el mismo. Seguramente esto bastará para provocar sus preguntas. Lo esencial es que todo se haga con una gran naturalidad, sin adoptar ninguna actitud que pueda provocar malicia o temor en el pequeño. Los mecanismos normales de la curiosidad infantil, presentes en todo niño, le impulsarán de inmediato a preguntar sobre aquello, y entonces los padres podrán dar las explicaciones más pertinentes y oportunas.

Lo que los padres no deben hacer es dejar pasivamente que el niño llegue a una edad mucho más avanzada (de 9 ó 10 años) sin haber jamás demostrado, delante de sus padres, su curiosidad sexual y su deseo de informarse. Semejante silencio por parte del niño no debe considerarse normal, y casi siempre es síntoma de que él ya se ha procurado esa información en otra parte, creándose la idea de que aquel tema es "malo".

CUANDO LOS NIÑOS DESCUBREN LAS DIFERENCIAS SEXUALES

Por lo general, una de las primeras situaciones que hace a los pequeños sentirse curiosos, perplejos o confusos res-

pecto al sexo, la encontramos cuando los varones y las niñas, todavía de muy corta edad, se dan cuenta de la diferencia en sus respectivos órganos genitales. La niña, por ejemplo, notará que su hermanito tiene algo —el "pipi"— que ella no tiene, y seguramente tenderá a imaginarse que a ella se le ha privado de un órgano que debería estar en su cuerpo, y que no está. No es extraño que muchos especialistas en sicología infantil hayan comprobado que a menudo las niñas muy pequeñas se imaginan que ellas alguna vez tuvieron un pene, y que lo perdieron, o creen que también a ellas les "saldrá" algún día. También está demostrado que los varoncitos a veces suponen que las niñas tuvieron un "pipi" y que lo han perdido. En consecuencia, experimentan el temor de que a ellos pueda ocurrirles lo mismo.

Estas diferencias genitales anatómicas, tanto en los varones como en las niñas, llegan a provocar, con relativa frecuencia, situaciones de ansiedad, que no les hacen ningún bien a los pequeños. Para contrarrestarlas, lo mejor será abordar, desde un principio, con la más absoluta naturalidad, la existencia de esas diferencias, recalcándoles a los niños la realidad de que hay dos sexos, sin caer tampoco en una insistencia innecesaria y contraproducente. Si se les siembra la idea de que efectivamente son distintos, ello contribuirá mucho a la higiene mental y a la estabilidad emocional de niños y niñas.

Igualmente es importante que se eviten los **falsos** pudores. Nótese que estamos subrayando la palabra "falsos". El pudor es un valor positivo que debe inculcársele a los niños, pero sin caer en ridículas y absurdas exageraciones. Por ejemplo, es altamente conveniente que, desde que son muy pequeños los niños presencien con naturalidad las manifestaciones de cariño recíproco entre sus padres: un beso, un abrazo, una caricia, etc.; en fin, todas aquéllas que no exijan la intimidad de la alcoba. Esta nunca debe ser "pública", no porque sea vergonzosa ni "mala", sino simplemente porque esa intimidad es personalísima, ya que constituye una entrega total, absoluta, sin reservas, que exclusivamente concierne a los dos que se aman.

Se ha discutido mucho si conviene o no que los hijos vean desnudos a sus padres. Hoy en día, entre sicólogos y especialistas, la opinión dominante se pronuncia a favor de que los padres eviten que sus hijos los vean sin ropas. Para ello, existen poderosas razones. El desarrollo adulto de los órganos sexuales, la presencia del vello púbico, etc., son ca-

racterísticas físicas que pueden llamar poderosamente la atención de los niños, convirtiéndose para ellos en motivo de negativa ansiedad. Sin embargo, si accidentalmente ocurre que el niño ve a sus padres sin ropa, en un momento de descuido, lo peor que puede hacerse es asumir una actitud "aparatosa". Mejor será actuar con una sencilla naturalidad, para no dar lugar a que el niño piense que ha visto algo malo o prohibido. Si el niño, motivado por el incidente, formula algunas preguntas, deben contestársele con serenidad y sencillez. No olvidemos que los niños muy pequeños no concentran su atención durante mucho tiempo en un solo estímulo. Al poco rato,cesarán de darle importancia a lo que han visto.

LAS PRIMERAS FASES DE LA IDENTIFICACION SEXUAL

Hoy en día, la sicología infantil nos enseña que las **bases** de una educación sexual adecuada deben comenzar a establecerse desde mucho antes de que llegue el momento de comenzar a contestar las preguntas del niño y a suministrarle la información que pida. Esas bases fundamentales consisten en proporcionarles, tanto al niño como a la niña, un **modelo** y un **estímulo.** Explicaremos brevemente cuál es el mecanismo práctico de esta dualidad.

Se trata, en realidad, de un proceso muy sencillo, espontáneo y natural, del que los padres rara vez tendrán que preocuparse en forma consciente, pues es algo que se va desarrollando, sin premeditarlo, en el mismo curso normal de la vida diaria. Para el varón, el **modelo** será su padre, con sus características masculinas normales, tanto físicas como sicológicas, y el **estímulo** será la dulzura femenina de la madre, que le permitirá ver en la mujer algo muy diferente.

En el caso de la niña, en cambio, el proceso se desarrollará a la inversa. Para ella, el modelo será la madre, que se ocupa no solamente de ella, sino también de su papá y de sus hermanitos, siendo afectuosa y cariñosa con todos ellos. Y el estímulo será el padre que, con ternura masculina, irá alentando sanamente en la niña su innata coquetería de pequeña mujercita.

Por lo general, no importa cuál sea el sexo del niño, ambos

padres —con su conducta, su manera de actuar, sus expresiones de cariño— deben inspirarle amor. Sin embargo, mientras la madre inspira más amor con su dulzura emotiva, el padre lo inspira más con la seguridad que provee. Estas diferencias naturales van estableciendo un positivo equilibrio emocional, una armonía interior, lo mismo en el varón que en la niña. Ambos padres tienen una función muy necesaria que cumplir en la creación de ese armónico balance, y nunca debe cometerse el error de subestimar la importancia del padre en la educación de las niñas, ni tampoco la función de la madre en la educación de los varones.

¿HAY UNA EDAD CONCRETA PARA COMENZAR A IMPARTIRLE INFORMACION SEXUAL AL NIÑO?

En la mayoría de los casos, las actitudes generales de los padres, a las que acabamos de referirnos —actitudes que son tanto mentales como emocionales— suelen ser suficientes para que el proceso de identificación sexual de los hijos comience a desarrollarse en la forma más adecuada.

Sin embargo, por regla general de los 3 años en adelante, las meras actitudes ya no bastan, por muy sanas y normales que sean. Lo más probable es que, a esa edad, empiece a avivarse la curiosidad sexual del niño, lo que le impulsará a plantear sus primeras preguntas en este sentido. Si no las hace exactamente a los 3 años, las hará un poco más tarde, pero lo más seguro es que llegue a formularlas tarde o temprano.

Los padres no deben extrañarse de que el niño sienta curiosidad sexual. En principio, es una curiosidad idéntica a la que podría despertarle cualquier otra motivación. Tampoco debe extrañarles el tener que satisfacer sus preguntas en todas las demás áreas de su vida diaria, ¿por qué el tema sexual va a quedar totalmente excluido?

Desde luego, a un niño de 3 ó 4 años no será posible darle respuestas complejas y elaboradas, demasiado "técnicas" o "científicas". Obviamente, el pequeño no podría asimilarlas. Por esta razón, la complejidad de la respuesta debe de estar

en estrecha relación con la pregunta **concreta** que haya hecho el niño, y también con su grado de madurez mental. A tan temprana edad, no es necesario ni recomendable adentrarse en la explicación de procesos biológicos y fisiológicos que el niño es incapaz de comprender. Las respuestas, además, deben ser muy breves.

Para poner un ejemplo específico, si el niño ha preguntado de dónde vienen los bebés, se le podrá contestar con estas palabras u otras más o menos similares. "Pues vienen dentro de la mamá, en una bolsa especial". Con esto, se les ha dado una respuesta muy concreta, clara y veraz.

Si se trata de un niño que tiene una facilidad verbal bastante amplia para sus años, se le puede decir que esa "bolsa especial" tiene su nombre y que llama "útero" o "matriz". Si el niño no formula otra pregunta, no será necesario extenderse más. Téngase en cuenta, sin embargo, que una respuesta demasiado vaga tampoco es aconsejable.

Es perfectamente posible que pasen semanas, e inclusive meses, antes de que el niño vuelva a preocuparse del asunto. También cabe la posibilidad de que, a los pocos días, vuelva a preguntar. Casi todos los sicólogos coinciden en señalarnos una **norma fundamental:** no ir en nuestras respuestas más allá de la interrogación específica que el niño ha planteado.

De esta manera, progresivamente, al correr del tiempo, se irá llegando al momento en que ya habrá necesidad de explicarle el acto sexual. Antes, hay etapas previas, en las que se le puede explicar al niño que el papá pone una "semillita" dentro del útero de la mamá, donde hay otra "semillita", que se ha formado dentro del cuerpo de la propia madre.

No tardará el día en que el niño quiera saber cómo es que el papá consigue su "semillita" y cómo es que la pone dentro del útero de la mamá. Es altamente improbable que sea necesario dar, a un menor de seis años, la explicación que sigue, pero la incluimos ya que, en algún caso excepcional de precocidad, quizá pueda ser útil. Además, poco después de los seis años, más tarde o más temprano, el niño va a plantear la cuestión.

Lo más acertado, llegado ese momento, es explicar que la "semillita" del papá está dentro del cuerpo de éste, y que tiene una forma líquida. Para que pueda salir, el pene del papá se agranda y se endurece para entrar en la vagina de la mamá y dejar caer allí la "semillita".

Cuando ya el niño tiene cierta madurez, se le puede explicar que esto, además de hacerse para tener un bebé, también es una forma de cariño entre el papá y la mamá, que se quieren mucho, algo así como una caricia.

Planteadas las cosas en esta forma veraz, natural y sencilla, la relación sexual se le estará presentando al niño como lo que es: no sólo un mecanismo fisiológico para la reproducción de la especie, sino también un acto de amor entre los esposos.

Es posible, aunque no siempre ocurre, que el niño pregunte por qué todo eso sus papás no lo hacen delante de otras personas. Puede contestársele que las personas mayores prefieren estar solas en esos momentos, porque así pueden quererse mucho más el uno al otro, sin que haya otras personas interviniendo.

En general, será mejor evitar las referencias a la reproducción de las plantas y de los animales, pues muchas veces sólo sirven para confundir innecesariamente al niño.

Una vez que éste ya conoce la verdad sobre la mecánica del acto sexual, es muy probable que, con cierta frecuencia, vuelva a formular nuevas preguntas. Entonces ya será mucho más fácil respondérselas, no sólo porque el niño tendrá un vocabulario más amplio y porque su inteligencia se habrá desarrollado más, sino también porque habrá adquirido mayor confianza para hablar libremente con sus padres sobre estos temas, y esas nuevas respuestas que ahora se le den podrán apoyarse sobre el fundamento básico de lo que se la había explicado antes.

Siempre que resulte oportuno, será conveniente no reducir las explicaciones a las meras cuestiones del mecanismo biológico. Será aconsejable procurar relacionar el tema con la idea del amor existente entre el papá y la mamá. Y cuando el niño haya madurado más, se puede y se debe hacer mención expresa del placer sexual físico, y de lo agradable que éste resulta para el hombre y para la mujer, así como de lo natural que es experimentarlo. De esta manera, se irán sentando los cimientos necesarios para una mejor comprensión futura de las propias urgencias sexuales que el niño y la niña van a experimentar más tarde, de la preadolescencia en adelante.

No hay, pues, una edad cronológica exacta para revelarle al niño el secreto de la sexualidad. Pero si los padres actúan en una forma normal, si permiten al niño que exprese su curiosidad sin temores, él irá preguntando libremente, por etapas graduales, lo que quiere saber, y sus interrogantes y dudas se les irán despejando en una forma también progresiva.

XXIV - EL NIÑO Y SUS JUGUETES

Son muchas las investigaciones sicológicas que revelan que, para muchos padres, los juguetes son objetos llamados a cumplir la función de mantener a los niños entretenidos y felices. Si ésta fuera la misión única de los juguetes, ya sería bastante para considerarlos de gran importancia en la vida del niño. Pero es que las cosas van todavía mucho más allá de eso.

Es básico, sin duda alguna, que el juguete sirva para distraer al niño y proporcionarle muchos ratos de felicidad y alegría, pero no podemos olvidarnos de que los juguetes también son un excelente método de aprendizaje y adiestramiento. Es explicable, por consiguiente, que la actual sicología infantil le conceda tanta importancia a este tema. Hace ya muchos años, surgió el concepto del "juguete educativo", es decir, el que ha sido expresamente creado y diseñado para enseñarles a los niños algo concreto, ya se trate de los números, las letras del alfabeto, los países del mundo, etc.

No hay nada que objetar a este tipo de juguete. Es indudable que los niños pueden derivar muchas ventajas de su uso. Sin embargo, no hay que exagerar las cosas ni tampoco "intoxicarse de sicología y pedagogía", buscando para los niños solamente aquellos juguetes calificados explícitamente como educativos.

La moderna industria de la juguetería tiene cierta tendencia a fabricar juguetes demasiado complejos, lo que hasta cierto punto resulta explicable en una cultura tan tecnológica y científica como la nuestra. Por tanto, debemos asegurarnos de no escoger juguetes que resulten muy difíciles para la edad y la capacidad del niño. El juguete demasiado complejo no logrará enseñarle mucho, si el pequeño aún no está preparado para usarlo en la forma concebida por su diseñador. Lejos de aprender con el juguete, es posible que el niño, al no acertar a usarlo, experimente una frustración innecesaria.

El juguete expecíficamente educativo, por consiguiente, no deberá ser excluido, pero los padres sí deben estar razonablemente seguros de escoger aquéllos que el niño pueda utilizar con mejor fruto. Los mismos fabricantes de juguetes, por lo general, indican las edades para las cuales cada juguete es apropiado. Esto constituye una buena pauta, pero no es aconsejable que los padres se guíen exclusivamente por la edad cronológica del niño. Deben tomar en cuenta, además, el grado real de desarrollo físico, mental y emocional que el niño demuestre tener, para hacer así una selección más atinada y realista.

EL NIÑO TAMBIEN DERIVA BENEFICIOS DE OTROS JUGUETES

Los juguetes diseñados con una finalidad educativa específica no son, desde luego, los únicos que se le deben dar al niño. Es conveniente que los tenga, pero no con carácter exclusivo. Este tipo de juguete generalmente ha sido concebido para cumplir una función educativa muy concreta y, por tanto, sus posibilidades suelen estar limitadas a ese fin específico. Por ejemplo, hay algunos que se proponen ampliar el vocabulario del niño; otros, estimulan su agilidad mental en los cálculos aritméticos; otros hacen que el niño ejercite su memoria o su habilidad manual, o aumentan sus conocimientos acerca de los animales y las plantas, etc. Es decir, que se trata de juguetes creados para un propósito definido.

Pero al niño también le harán bien los juguetes ideados con fines menos concretos, que le ofrezcan diversas posibilidades, incitando y estimulando su imaginación y su capacidad creativa, en un sentido mucho más amplio y general, y no sólo para lograr determinadas finalidades de tipo concreto.

Todo lo anterior quiere decir que el niño también está necesitado de juguetes que podríamos llamar "polifacéticos", que se presten para ser usados de muchas distintas maneras, que contribuyan a que al pequeño se le ocurran diferentes posibilidades de acción. Tomemos como ejemplo el caso de las fichas de un juego de dominó. Aunque el niño todavía no pueda jugar al dominó, la manipulación de esas fichas seguramente le sugerirá infinidad de cosas: construir edificios (casas, iglesias, torres, etc.), o improvisar un corral para animalitos de juguetes, o hacer trenes (los "dobles" pueden hacer las veces de locomotoras), etc. Esas fichas también pueden servirle para contar, para ordenarlas de mayor a menor, o viceversa, para separar las pares de las impares, y para muchos otros usos que vaya dictando la imaginación. En otras palabras, esas fichas se han convertido en "juguete de múltiples aplicaciones", y muchas de esas aplicaciones pueden ser inventadas por el propio niño.

Lo que queremos subrayar es que el niño debe disponer de aquellos juguetes que tienen un propósito único o casi único, preestablecido por la naturaleza misma del juguete, y también de aquellos otros que se prestan a ser usados en forma más caprichosa y flexible, menos regulada.

En esta segunda categoría, entrarán muchísimos objetos que, sin ser propiamente juguetes, se prestan a que el niño los utilice como tales: cajas vacías de cartón, de madera o metálicas; carretes de hilo vacíos, tapas de material plástico de diversos colores, etc. Un niño es capaz de convertir en "juguete" casi cualquier cosa que se le dé, lo que le sirve no sólo para estar entretenido y distraído, sino para ir desarrollando una imaginación creativa.

Los padres pueden contribuir notablemente a que el niño "extraiga" de un juguete sus mayores ventajas, no sólo seleccionándolo adecuadamente, sino también observando la forma en que el niño lo usa, y haciéndole algunas sugerencias ocasionales y oportunas sobre otras posibles maneras de emplear el juguete de que se trate. También pueden hacer que el niño caiga en la cuenta de ciertos aspectos o características del juguete, que quizá él no haya notado. Todo esto, sin embargo, debe hacerse con cierta cautela, para no poner frenos a la espontánea creatividad infantil. No conviene que al niño se le dé "todo resuelto". Hay que dejarle campo libre para que él invente.

JUGUETES PARA USO COLECTIVO

Debemos hacer una especial mención de aquellos juguetes que el niño pueda usar colectivamente en unión de sus amiguitos y compañeros; es decir, aquéllos que ofrecen la oportunidad de que dos o más niños participen conjuntamente en el juego o distracción.

Es cierto que tales juguetes a veces dan lugar a ocasionales peleas entre los niños, pero esto carece de mayor importancia. Aunque esos juguetes originen alguna pelea más que otra, suelen ser excelentes para ir desarrollando en el niño el sentido de la sociabilidad y el espíritu de cooperación, que van haciéndose más y más importantes a medida que él se va acercando a la

edad escolar. También aquí pueden los padres intervenir alguna que otra vez, para sugerir a los niños distintas maneras de utilizar colectivamente un juguete. Esto, desde luego, se hará con cierta prudencia, para que la intervención adulta nunca vaya a asfixiar la iniciativa y la inventiva en los pequeños.

EL FACTOR SEGURIDAD

Debemos señalar, por último, que, al seleccionar los juguetes que se le dan al niño, los padres deben tener en mente los posibles peligros físicos que puedan derivarse del empleo de los mismos. Es conveniente que se tomen un poco de tiempo para examinarlo con calma, comprobando que se trata de un juguete físicamente seguro, con el que el niño no vaya a lesionarse. Hoy en día, por fortuna, la industria de la juguetería ha avanzado notablemente en este sentido, pues cada vez se fabrican menos juguetes que puedan resultar realmente peligrosos.

También debe tomarse en cuenta que, en algunos casos, el posible peligro no radica en el juguete en sí mismo, sino en el hecho de que quizá se lo estamos entregando a un niño demasiado pequeño, que todavía no tiene la suficiente coordinación visual, muscular y manual para jugar con él sin lesionarse.

JUGUETES SUGERIDOS PARA CADA EDAD

La edad cronológica del niño no es el único factor que hay que tener en cuenta a la hora de seleccionar los juguetes, pero sí constituye una pauta bastante útil para escogerlos más adecuadamente. La edad cronológica, por supuesto, debe ser relacionada con otros factores que también resultan importantes, como son las preferencias e inclinaciones espontáneas del niño, su habilidad y su grado de desarrollo mental, emocional y físico. Tomando todo esto en consideración, los padres encontrarán prácticas y útiles las sugerencias que apuntamos a continuación:

Para los menores de 1 año

Aunque ya antes hicimos algunas indicaciones respecto a los juguetes más convenientes para los niños de esta edad, insistiremos aquí en que deben buscarse juguetes de colores vivos, y de formas suaves, para que el niño pueda palparlos y recorrerlos fácilmente con sus manos. Son recomendables los muñecos y animales rellenos, los que produzcan algún tipo de ruido cuando se oprimen o presionan, las matracas, los sonajeros o marugas, las pelotas, y otros que sean irrompibles y tengan superficies suaves. Es preferible que estos juguetes sean lavables, y que no tengan aristas rugosas ni duras. Se evitarán los que tengan partes separables pequeñas, pues el bebé podría introducírselas en la boca, la nariz, los oídos o los ojos.

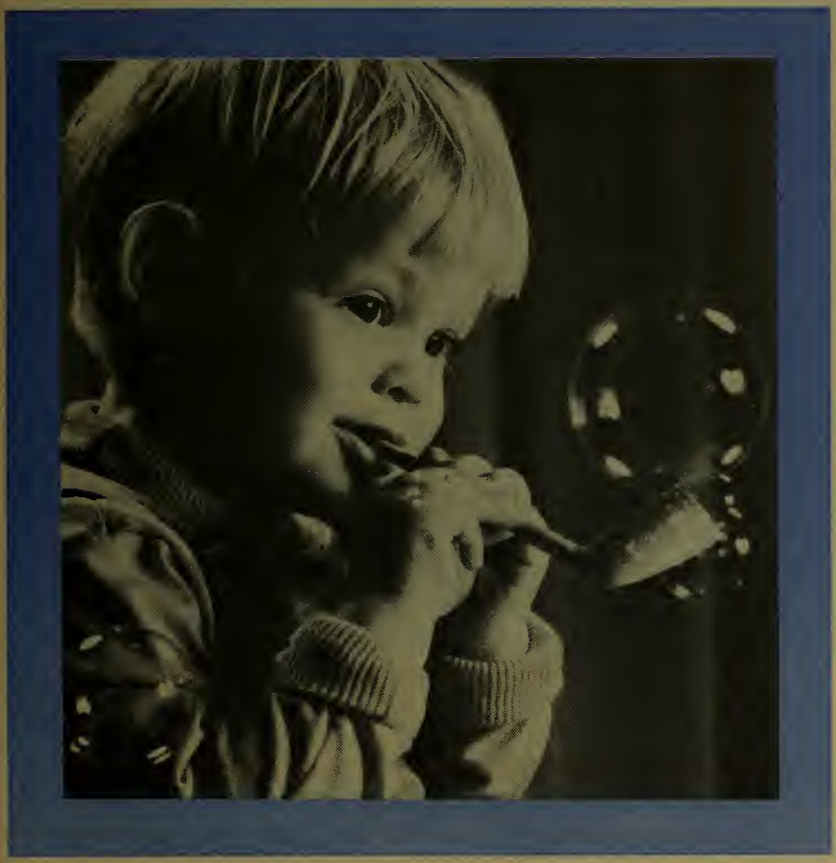
Para los niños de 1 a 2 años

Generalmente se encantarán con juguetes que tengan piezas de tamaño mediano o grande, y que ellos puedan armar y desarmar con facilidad. Suelen ser excelentes para estimular el mejor desarrollo de la coordinación muscular, nerviosa y visual del niño, y también su habilidad manual. Todavía les seguirán gustando los muñecos y animales rellenos. También son aconsejables los juguetes que floten en la bañera, los baldes y las paletas para jugar con arena en la playa, los juguetes provistos de ruedas para que el mismo niño tire de ellos o los empuje, y los bloques que tengan bordes ligeramente redondeados. No se olvide tampoco de los móviles colgantes, para que el viento los mueva, que tanto estimulan el sentido de la vista.

Para el niño de 2 a 3 años

Son excelentes los bloques de madera, y también las colecciones de animales, ya sean de madera o de material plástico. En esta época, ya es posible darle al niño las modernas pinturas que él puede aplicar directamente con los dedos, fabricadas a base de sustancias vegetales, y también la arcilla o la masilla para modelar figuras. Las carretillas, los triciclos (si el niño tiene suficiente coordinación) y los caballitos de balancín suelen ser ideales para esta edad.

En esta fase, por lo general, el niño no se interesa aún en los juegos colectivos, compartidos con otros pequeños. Si lo hace, sólo será ocasionalmente y por breves ratos. Es posible que dos o más niños estén jugando juntos, pero lo más probable es que cada uno de ellos lo haga por su cuenta, solo, aunque el otro se encuentre físicamente cerca. El espíritu de sociabilidad todavía es muy débil.



Para el niño de 3 a 4 años

Esta es una etapa **imitativa.** El niño trata de repetir lo que ve hacer a los adultos. Por consiguiente, debe dársele preferencia a los juguetes que contribuyan más al desarrollo de la imaginación. Se sugieren las casas de muñecas, los juegos de carpintería y jardinería, los de construcción, etc.

Igualmente son convenientes las "piscinas" o "albercas" portátiles, desinflables, de material plástico o de caucho, que los niños pueden disfrutar en el patio de la casa durante los días calurosos. Sin embargo, a esta edad, por muy escasa que sea la profundidad del agua, a los niños no ha de dejárseles en estas piscinas, ni siquiera por un breve instante, sin la supervisión de un adulto.

En esta fase, los niños pueden disfrutar de gratas horas de diversión con los trajes de disfraz de materiales no inflamables, y también se les puede dar trenes de madera o de plástico.

Para los niños de 4 a 6 años

Esta es una época en que el desarrollo mental e intelectual se acelera notablemente. Muchos niños, a esta edad, ya comienzan a leer, y sus juegos se vuelven bastante más complejos de lo que solían ser antes. También ésta es la época en que los niños comienzan a disfrutar muchísimo más de los juegos organizados y compartidos con otros niños.

A las niñas les gustará mucho jugar a las casas de muñecas. Los encerados o pizarrones, las pinturas, los juegos de construcción, los juguetes de acción mecánica sencilla, etc., figuran entre los que más divierten a los niños de este grupo de edad, a la vez que estimulan mucho su imaginación, sus facultades creativas y su habilidad manual.

Entre los que más se disfrutan en pequeños grupos de amiguitos, debemos mencionar las pelotas de caucho, los columpios y toboganes de poca altura y de construcción resistente, etc. Todos éstos son juguetes altamente valiosos para que el niño juegue al aire libre, desarrollando así su agilidad, y su coordinación nerviosa y muscular. Estos juguetes le darán salida al caudal de energía, aparentemente inagotable, que demuestran los niños de esta edad.

Los cuadernos de colorear pueden proporcionar al niño muchas horas de constructiva distracción, pero esos cuadernos tienen ya trazados los dibujos. Conviene animar al niño no sólo a colorear, sino también a que él haga sus propios dibujos.

LOS DIBUJOS INFANTILES

Se ha observado, y con razón, que entre todos los juegos y actividades creativas, uno de los que más disfrutan los niños, inclusive desde que tienen corta edad, es el dibujo y la pintura de "monigotes" y "garabatos".

Quizá muchas madres nunca se lo han planteado en una forma reflexiva y consciente, pero casi todas saben, en la práctica, que uno de los métodos casi infalibles para entretener y alegrar a un niño aburrido o triste es el darles un pedazo de papel y algo con que dibujar o pintar. Este simple recurso casi nunca falla. Además, mientras más pequeño sea el niño, mejores son los resultados que da. Y toda madre sabe que, si al niño no se le da lo necesario para que dibuje y pinte, lo más probable es que él de todos modos se procure los elementos necesarios para hacerlo, e inclusive acabará garabateando las paredes, los pisos o la superficie de los muebles. Parece que hay, en efecto, una fuerza interior poderosa que impulsa al niño a "sentirse artista".

No se han obtenido conclusiones definitivas que expliquen esta marcada tendencia infantil al dibujo y a la pintura (que se manifiesta en casi todos los niños menores de 6 años, aun en aquellos casos en que más tarde llegue a desaparecer). Sin em-

bargo, pedagogos y sicólogos han esbozado algunas teorías. Hay dos que aparentemente son las que más se acercan a la verdad. La primera de estas teorías nos dice que los niños, aún en la edad preescolar, a medida que van creciendo, experimentan una necesidad más urgente e intensa de expresarse, necesidad que los mueve a buscar la válvula de escape de la pintura y el dibujo, toda vez que sus posibilidades de lenguaje o comunicación verbal todavía son muy limitadas.

La otra teoría señala que el niño, tal vez sin darse cuenta él mismo, siente una profunda satisfacción, y además experimenta una mayor seguridad, a medida que puede ir desarrollando un mayor control físico y nervioso sobre su propio cuerpo. Y en pocas actividades nota él ese control tanto como lo advierte en la pintura y el dibujo, pues se va dando cuenta de que cada vez tiene un dominio mayor del lápiz, de los creyones o del instrumento que use, para guiarlo a voluntad y dibujar precisamente aquello que él **quiere** dibujar.

Las dos teorías que hemos resumido brevemente no se contradicen ni excluyen en lo más mínimo. Lo más probable es que ambas tengan un sólido fundamento de verdad y, por consiguiente, ambas contribuyen a explicar esa inclinación infantil.

¿Por qué esta tendencia es sicológicamente importante? La respuesta la tenemos en el mismo hecho de que se trata de una **inclinación espontánea.** Aunque el dibujo sea una forma de distracción o juego, al parecer completamente intrascendente, lo cierto es que está cumpliendo una importantísima función, ya que satisface la **necesidad de expresión** que experimenta el niño.

Cuando esa actividad constituye algo realmente espontáneo y libre, se convierte en un cauce para liberar energías y para **superar inhibiciones.** No es por "casualidad" que esta inclinación se afianza desde tan temprana edad.

Se ha observado que son muchos los niños, entre las edades de 2 y 4 años, que ya "dibujan". Desde luego, sólo logran hacer garabatos, pero estos garabatos indudablemente son los **primeros intentos de creación artística** en la vida del ser humano. Al principio, son puramente caprichosos y no responden a una finalidad definida. El niño disfruta simplemente de la satisfacción que le produce manejar un instrumento con sus propias manos, comprobando que, con ese instrumento, él "ha puesto algo" en un papel o superficie donde antes no había nada.

No faltan los sicólogos que han procurado encontrar una **intención definida** en los primeros garabatos infantiles. Sin em-

bargo, no hay evidencias suficientemente concluyentes para sostener que tal intención existe. El niño pequeño, cuando empieza a trazar esos garabatos, todavía tiene una coordinación demasiado deficiente, que le impide percatarse de las múltiples posibilidades que el dibujo ofrece como vehículo de expresión. No es probable, por consiguiente, que haya en esos primeros garabatos un verdadero reflejo de la personalidad.

Las cosas cambian cuando el niño ya se acerca a la edad de 4 años. Para ese entonces, ya casi todos han adquirido un grado todavía imperfecto, pero ya bastante aceptable, de coordinación, lo que, en la mayoría de los casos, les permite dibujar voluntariamente lo que desean. Esto se nota en un hecho muy simple: si el niño se equivoca, si el creyón o el lápiz se le "resbala" y la línea que están trazando se proyecta en una dirección que no es la que él quiere, lo más probable es que estruje el papel, lo bote y empiece de nuevo en una hoja nueva. Esto nos está demostrando que ya el niño ha entrado en una fase en la que tiene una idea bien definida de lo que quiere dibujar, y **está esforzándose por hacerlo bien.**

¿SON REALISTAS O IMAGINATIVOS LOS DIBUJOS DE LOS NIÑOS?

Podemos llegar a la conclusión de que los dibujos y las pinturas infantiles son, indistintamente, imaginativos o realistas. Es decir, casi todos los niños a veces tratan de dibujar o pintar las cosas tal y como ellos las ven en la vida real, en el mundo exterior. Otras veces, por el contrario, procurarán dibujarlas o pintarlas como se las imaginan en sus fantasías.

Los sicólogos que han estudiado más profundamente esta actividad infantil, llegan a la conclusión de que hay un balance numérico bastante equilibrado, entre los dibujos "realistas" y los dibujos "imaginativos" que el niño traza.

Por ejemplo, supongamos que en la casa hay un gato. Es muy probable que un niño, aproximadamente de 5 años, algunas veces trate de dibujar al gato y de colorear su dibujo con bastante fidelidad a la realidad, al animal de carne y hueso que él está viendo todos los días. Sin embargo, en otras ocasiones, es posible que pinte un gato rojo con manchas azules.

¿Qué quiere decir esto? Pues simplemente, lo más probable es que al niño **le gustaría** que los gatos "de verdad" fueran así, es decir, de color rojo con manchas azules. Si viene un adulto y le dice que su dibujo o pintura no sirve, porque los gatos no son de esos colores, se le estará haciendo un daño inmenso al talento creativo del niño.

No importa que el niño dibuje o pinte algo que no exista en la realidad. "Aquéllo", por absurdo que le parezca a un adulto, responde a algo que el niño ha "visto", ha soñado, ha imaginado, ha temido o ha deseado.

Por consiguiente, si los padres son observadores, pueden captar muchos "mensajes" en los dibujos de sus hijos pequeños, ya que vienen a ser como indicios o pistas acerca de los pensamientos, imaginaciones, temores, aspiraciones, deseos, rechazos y preferencias de los niños. **Lo esencial** es que no se les restrinja su deseo de dibujar y pintar, que no se aspire a someter ese deseo a reglas de estética o de lógica.

En la mayoría de los casos, el hermano mayor es una especie de "ídolo" al que los más pequeños admiran durante los años de la niñez. No es extraño, por consiguiente, que los más chicos quieran imitar todo lo que hace el mayor y pretendan disfrutar de la misma esfera de libertad. Los padres deberán tener mucha flexibilidad para ir "timoneando" esta situación, sin crear engreimiento en el niño mayor, ni resentimiento en el más pequeño. Derecha: Sencillos juguetes, como estos aros, ofrecen al niño un excelente ejercicio.

La vida diaria brinda cientos de oportunidades para aumentar la compenetración entre los padres y los hijos, dentro de un ambiente en el cual la rigidez y la severidad pueden dejarse a un lado, sin por ello fomentar la indisciplina. Cuando venga un nuevo miembro a la familia debe comunicárselo a todos sus hijos y contestar las preguntas que pueden surgir.

Los clásicos rompecabezas, con un grado de dificultad que se adapte a la edad y al grado de desarrollo intelectual del niño, no sólo le entretendrán durante largos ratos, sino que constituyen también un poderoso estímulo para aumentar la capacidad de resolver problemas teórico-prácticos.

Cuando el niño crezca, será bueno que sus recuerdos de la niñez puedan estar llenos de momentos felices. Cuando el papá está cansado, el pequeño le invitará a salir a jugar al patio. No siempre será posible complacerle en el momento, ni tampoco el padre "perfecto" es el que siempre le dice que sí al niño en todo. Pero los padres también deben estar conscientes de lo importante que resulta dedicar tiempo a sus hijos.

¡Una aventura a escondidas puede ser algo fascinante! ¡Esos grandes cigarros puros, escamoteados a papá, son toda una experiencia! La parte más positiva de todo el asunto es que, probablemente, después de aspirar la primera bocanada de humo, se les quitarán las ganas de fumar por largo tiempo. La vida de los niños mayores de cinco años suele estar llena de ocurrencias como éstas. Algunas son inofensivas; otras pueden resultar peligrosas. Ante estas diabluras de los niños, la reacción de los padres nunca debe ser violenta. Si acaso la ocasión merece un castigo, éste se aplicará con moderada prudencia. (Este libro explica ampliamente las reglas que deben tenerse en cuenta para que el castigo sea eficaz.) Pero lo esencial es que el niño vaya adquiriendo gradualmente una noción muy clara de lo que puede y no puede hacer, dentro de las limitaciones racionales.

XXV - PREPARANDO AL NIÑO PARA LA ESCUELA

Cuando un adulto se estrena en un nuevo trabajo, por muy atractivo que le resulte y por muchos deseos que tenga de desempeñarlo, por muy grande que sea su seguridad en sí mismo y su capacidad para ejercer el puesto de que se trate, lo más probable es que se sienta, por lo menos, "un poquito nervioso". Supongamos que se trata de un adulto de nervios de acero y de imperturbable serenidad. Si no se siente nervioso, por lo menos se sentirá curioso, pues no sabe exactamente cómo será su jefe, cómo lo recibirán sus compañeros de trabajo, qué tipo de dificultades encontrará en su labor diaria, etc.

La anterior situación puede ser legítimamente comparada con la del niño que va por primera vez a la escuela. Es casi seguro —y perfectamente normal— que también él se sienta, en el mejor de los casos, al menos un poquito "impresionado".

Es natural que todos los niños, casi sin excepción, empiecen a asistir a la escuela con ciertos temores (aunque algunos no los exteriorizan y procuran disimularlos), con un poco de aprensión que, a la larga, terminará por disiparse.

Aunque todo esto sea normal y, en mayor o menor grado, les ocurre a todos los niños, no por esto pueden los padres restarle importancia a este primer encuentro del niño con la escuela.

De la forma en que el niño sienta respecto a la escuela, **desde antes de empezar a asistir a ella,** dependerá mucho que su ajuste a este importante cambio se produzca en una forma positiva y rápida, exenta de mayores complicaciones. Está demostrado ampliamente que hay casos en los cuales la inadaptación inicial del niño a la escuela, llega a prolongarse durante años y, en circunstancias extremas, nunca llega a superarse por completo. Es esencial, por tanto, evitar a todo trance que esto ocurra.

NO SE DEBE ASUSTAR AL NIÑO

Algunos padres, en especial si el niño tiene sus "majaderías", cometen el error de asustarlo con la escuela, cuando ya va acercándose el momento de empezar a ir a ésta. Le dicen al niño que, en la escuela, sí que tendrá que portarse bien de todos modos, porque la maestra es muy severa, tiene muy "mal genio" y lo castigará o lo pondrá en penitencia si no se comporta como debe.

Esto es lo peor que puede hacerse. El niño, así "adoctrinado", empezará a mirar la escuela con recelo y desconfianza, como un sitio que no tiene nada agradable ni placentero que ofrecerle, y pensará en la maestra como en "el enemigo", es decir, una persona que tiene la única misión de castigarlo.

Con tales antecedentes, sería absurdo esperar que al niño le entusiasme la idea de la escuela. ¿Qué alegría puede encontrar él en que lo "obliguen" a ir a un sitio en el cual no va a encontrar nada agradable?

En algunos casos, si se trata de un niño muy imaginativo y sensible, y sus padres le exageran mucho esa pintura estricta y férrea de la disciplina escolar, es perfectamente posible que al niño se le cree un verdadero estado de pavor, que a veces se traduce en una empecinada resistencia ante la idea de ir al colegio. Claramente se comprende que este estado de ánimo negativo es la peor preparación para que el pequeño comience su vida escolar. Y si el primer día de clases el niño no encuentra a una maestra comprensiva, de trato amable, que disipe sus temores, la situación se agravará mucho más.

PREPARANDO AL NIÑO PARA UNA RELACION POSITIVA CON SUS MAESTROS

Es cierto que hay maestros buenos, maestros malos y maestros mediocres o indiferentes. Siempre los ha habido, y siempre los habrá. Igual ocurre con todas las demás profesiones. No obstante, puede afirmarse que la mayoría de los maestros son hombres y mujeres que escogen esa profesión guiados por una vocación auténtica, y alentados del más sincero deseo de hacer lo más que puedan en bien de sus alumnos. Todos sabemos que un maestro competente y bien inspirado puede llegar a ser un ejemplo muy positivo para el niño, y el mejor aliado de los padres en el proceso educativo.

Es muy posible, sin embargo, que unos padres hayan tenido, igual que le ha pasado a todo el mundo, algunos maestros injustos, deficientes o abiertamente desagradables, a los que no es posible recordar con cariño y simpatía. Si ha sido así, será mejor no hablar delante de los niños, cuando se acerca el momento de su ingreso en la escuela, de esas experiencias negativas. No es necesario ponerse a recordar, delante del pequeño, anécdotas desagradables de lo mucho que padeció, en la niñez o en la juventud, con alguno que otro maestro que dejaba mucho que desear.

En cambio, sí será muchísimo más beneficioso y constructivo hablar delante del niño, ocasionalmente, de los maestros buenos que se tuvieron, de aquéllos que fueron cariñosos y comprensivos, a los que se recuerda, durante toda una vida, con alegría, agradecimiento y emoción. Al niño se le pueden contar algunas anécdotas simpáticas acerca de esos profesores, anécdotas que destaquen su valor humano, su amor a los niños, sus gestos de bondad.

En esta forma, indirectamente y sin darse cuenta consciente de ello, el pequeño podrá ir desarrollando, desde antes de ir a la escuela, un sentido de apreciación y de respeto hacia la figura del maestro, que va a servirle de mucho para facilitar sus primeros momentos en la escuela.

Del mismo modo, los padres pueden, de vez en cuando, irle contando al niño las ocurrencias simpáticas y alegres que, como estudiantes, tuvieron en su vida escolar, esas experiencias festivas y divertidas por las que todo estudiante ha pasado alguna vez. Al niño se le puede hablar de las buenas amistades que sus padres hicieron en la escuela, algunas de las cuales posiblemente todavía se mantengan, y hasta es posible que se trate de personas que aún visitan la casa y que el niño conoce. Incluso es posible, en ciertos casos, que el pequeño vaya a comenzar en la escuela junto con los hijos de padres que fueron amigos y compañeros de los suyos en el colegio.

Todo esto, por consiguiente, constituye un enfoque altamente positivo, que contribuye muchísimo a "humanizar" la escuela ante los ojos del niño que todavía no se ha familiarizado con ella.

Todo esto, desde luego, se hará en una forma muy natural, aprovechando espontáneamente las oportunidades que surjan en la vida diaria para tocar el tema, sin darle a todo el asunto un énfasis demasiado deliberado. En otras palabras, el niño no debe pensar que sus padres se han lanzado a una especie de "campaña propagandística" para convencerlo a él de los atractivos de la escuela. El niño tiene un "sexto sentido" que le advertirá de que sus padres están tratando de "engatusarlo" para que él acepte sin protestar la idea de asistir al colegio.

DANDOLE AL NIÑO UNA VISION DE LA ESCUELA

También es aconsejable que al niño se le hable de la escuela no sólo como de un lugar en el cual va a aprender. Los niños de edad preescolar no pueden captar la importancia que el aprendizaje académico tendrá luego para su vida. Hay que hacerle ver, por consiguiente, que la escuela tiene otros atractivos que ofrecerle. Se le puede hablar de los recreos en el patio de juego, de los deportes que podrá aprender, de los paseos y excursiones que casi todas las escuelas ofrecen, etc. Estas son cosas que el niño sí puede asimilar, y que contribuyen a que la escuela le amedrente menos. Si hay hermanos mayores, que se sienten felices en la escuela, esto también ayudará.

LA MEJOR PREPARACION: LA EDUCACION QUE EL NIÑO HA RECIBIDO DE SUS PADRES

Todo lo anterior es importante, y sin duda contribuirá a facilitarle al niño su adaptación al mundo escolar. Sin embargo, lo más importante de todo es la educación general que ya los padres le hayan impartido al niño en el hogar. Si se le ha educado con amor, a la vez que con firmeza, ya el niño estará acostumbrado a que su vida se desarrolle en una atmósfera de cariñosa disciplina, no bajo un sistema de anarquía en el cual se le permite hacer todo lo que le plazca. El niño habrá aprendido ciertas normas básicas de obediencia y de respeto en el hogar, lo que contribuye a que tenga un mayor grado de seguridad emocional, al menos el suficiente para que la idea de ir a la escuela no le asuste ni le desconcierte demasiado.

También ayudará que al niño no se le haya educado "prendido a las faldas" de su mamá, en medio de una exagerada y nociva sobreprotección. Un niño de 5 ó 6 años no debe sentirse todavía excesivamente dependiente de su mamá.

Será muy conveniente que el niño ya esté acostumbrado a ciertas separaciones, aunque sólo sean ocasionales. Por ejemplo, debe habérsele acostumbrado a que se quede de vez en cuando en casa, bajo la supervisión de algún adulto de confianza, mientras sus padres salen. Y debe estar habituado a ir a jugar, entre días, a casa de otros amiguitos, sin que la mamá permanezca todo el tiempo con él. El niño debe estar familiarizado con otras casas: la de sus abuelos, sus tíos, amigos de la familia, etc., sin sentirse amedrentado ni inseguro por el hecho de estar ocasionalmente en casa ajena.

También se le debe haber llevado, con cierta frecuencia, a algún parque cercano, donde haya tenido la oportunidad de jugar a sus anchas con otros niños de su misma edad. En otras palabras, no debe ser un niño "enfaldado" cualquiera que sea su sexo. Si el niño sólo se siente seguro y feliz bajo la mirada protectora de su madre, el inicio en la escuela será una experiencia demasiado dura para él, y posiblemente le cree algún trauma.

OTRAS MEDIDAS ACONSEJABLES

Por mucho que los padres hayan hecho de antemano para facilitarle al niño su ingreso en la escuela, es posible que todavía ésta siga inspirándole un poco de temor, el temor natural que casi siempre se siente ante lo desconocido.

Es muy probable que el niño ya sepa dónde está situada la escuela y conozca su exterior, pues posiblemente no esté muy lejos de su casa. Sin embargo, esto sólo no suele ser suficiente.

Siempre que sea posible y práctico, conviene que el niño, antes de empezar en la escuela, ya la haya visto por dentro. Si la ha visitado, si sabe donde están las aulas (inclusive la que le va a corresponder a él), los patios de juego y hasta los servicios sanitarios, lo más probable es que, al llegar el primer día de clases, el niño se encamine hacia la escuela, si no contento y feliz, al menos con un mayor grado de seguridad.

Por esta misma razón, si las circunstancias lo permiten, se recomienda que el niño conozca de antemano a algunos de los maestros que va a tener y a los niños que estarán con él en el aula. No es necesario obligar al niño, si él no lo desea espontáneamente, a que salude a sus futuros maestros y converse con ellos. Basta con que los vea y sepa quiénes son. Ya esto suele ser suficiente para quitarle la aprensión de ir a encontrarse, al frente del aula, a un adulto al que nunca jamás ha visto, ni siquiera de lejos.

Si el niño ha tenido la ventaja de pasar uno o más cursos en el kindergarten, su proceso de adaptación a la escuela primaria resultará muchísimo más sencillo. Pero de todos modos, aunque no haya podido nunca asistir a un kindergarten, lo más probable es que su ajuste a la escuela tenga lugar en una forma normal y rápida, si se aplican los principios generales y las normas concretas que hemos esbozado brevemente en este capítulo.

En los casos más complejos, cuando los padres adviertan que la resistencia del niño o su aversión hacia la escuela tiene raíces más profundas, y se convierte en algo difícil de superar, será indispensable buscar la asistencia profesional de algún sicólogo especialista en niños. Los sistemas escolares de

algunos países ya proveen este tipo de servicio. Donde no los haya, los padres deben cambiar impresiones al respecto con el médico de la familia, o con el pediatra que atiende al niño, en busca de alguna orientación.

No olvidemos, por último, que hay un porcentaje bastante alto de casos en los cuales la adaptación del niño a la escuela tropieza con problemas que pueden obedecer a una causa orgánica o física.

Por ejemplo, hay niños que, a pesar de haber comenzado tranquilos y felices en la escuela, más tarde empiezan a dar señales de descontento o de desajuste. Son muchos los casos en que este fenómeno se debe a deficiencias de la vista o del oído, que no habían sido advertidas antes. Tales deficiencias pueden situar al nuevo escolar en una posición de desventaja o inferioridad, con respecto al cumplimiento del trabajo escolar que se espera de él.

Un completo examen físico puede bastar para esclarecer si realmente existen dichas deficiencias.

La tartamudez y la obesidad son factores que también contribuyen a que el niño tenga problemas en su proceso de adaptación a la escuela. Siempre que sea posible, la tartamudez y la obesidad deben estar bajo tratamiento profesional competente, desde antes de que el niño inicie su vida escolar.

Las deficiencias vitamínicas y minerales, producidas por una nutrición mal balanceada o por trastornos del metabolismo, también afectan negativamente a la capacidad del niño para el trabajo escolar. Todos estos problemas deben ser "timoneados" por el médico que atiende al pequeño.

Cuando ya se ha logrado que el niño se sienta bien y a gusto en la escuela donde comenzó su enseñanza primaria, suele ser preferible, en la mayoría de los casos, siempre que las circunstancias así lo permitan, que el pequeño continúe en esa misma escuela el mayor tiempo posible, hasta terminar el sexto grado, si es posible.

Por supuesto, habrá casos en que no se podrá mantener esta continuidad (por ejemplo, si la familia tiene que mudarse). En estos casos, siempre que se pueda, se procurará que el niño, antes del cambio de escuela, termine el curso que ya tiene comenzado. Los cambios, a mediados de un curso escolar, suelen ser muy desconcertantes para la mayoría de los niños, especialmente para los más pequeños, y los padres deben hacer un esfuerzo por evitarlos.

La época en que había que adoptar una pasiva actitud de resignación, aceptando que el niño pasara inevitablemente por el repertorio de las "clásicas" enfermedades infantiles, ha quedado muy atrás. Hoy, muchas de esas enfermedades pueden prevenirse, no sólo a través de las vacunas sino también mediante otros métodos, que incluyen la dieta adecuada, la visita al médico para reconocimientos periódicos (aunque el niño no presente síntomas), etc. Conviene, de todos modos, que los padres tengan una información básica sobre las enfermedades de la niñez.

GUIA PRACTICA SOBRE ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA NIÑEZ

Si nos ponemos a examinar las estadísticas médicas de un remoto pasado, lo más probable es que nos produzcan pavor. Había porcentajes extremadamente altos de mortalidad infantil. En la época, que llegó hasta hace medio siglo aproximadamente, cuando todavía abundaban las familias numerosas de seis o más hijos, era bastante frecuente encontrarnos con el caso de que uno o más de esos hijos morían durante la niñez o la temprana adolescencia. Ese triste cuadro, por fortuna, ha cambiado radicalmente. La ciencia médica en general, y la pediatría en particular, han dado gigantescos pasos de avance, que se han traducido en una dramática y asombrosa reducción de las muertes infantiles.

Muchas enfermedades, consideradas antes como incurables, hoy en día responden a tratamientos que antiguamente eran desconocidos. Más aún: muchas enfermedades de la niñez **pueden prevenirse,** gracias a las vacunas y a otros métodos que también resultan altamente eficaces. Los mismos adelantos de la ginecología y la obstetricia, como ya se ha señalado en este libro, contribuyen sustancialmente al nacimiento de bebés más sanos y normales, que hacen su entrada en el mundo mucho mejor "equipados" para enfrentarse a las distintas enfermedades que pudieren atacarlos en un momento dado.

Además, la información médica, en la actualidad, es mucho más accesible a la generalidad de las madres, que suelen estar mejor documentadas y mejor preparadas para hacerles frente a los diversos problemas de salud que sus hijos pequeños pudieren confrontar.

De todos modos, innegablemente subsiste la realidad de que algunos niños se enferman, al menos de vez en cuando, y las madres, como es lógico y natural, se preocupan y se angustian por esas enfermedades infantiles.

Esta sección, por tanto, se encamina a suministrar a los padres algunas **pautas generales** sobre las enfermedades que más comúnmente pueden sobrevenir en los niños menores de seis años.

EL ASMA Y SUS PROBLEMAS

Las **alergias,** en principio, constituyen una reacción anormal a ciertos elementos que se encuentran presentes en los alimentos o en el medio ambiente, elementos que son perfectamente tolerables por el organismo de la mayoría de las personas, pero no por el organismo de quienes resultan ser alérgicos.

Las reacciones alérgicas son variadísimas, y pueden afectar a partes muy distintas del cuerpo, y manifestarse con síntomas muy distintos en cada caso.

Las partes del cuerpo que resultan más frecuentemente afectadas por las alergias, sin excluir a otras, son los pulmones, la nariz, los ojos, la piel, el oído medio, el estómago y los intestinos.

En los niños, las reacciones alérgicas más comunes suelen ser el **asma,** la **coriza,** la **conjuntivitis,** los **eccemas,** la **urticaria,** la **sinusitis,** y los **problemas abdominales** (incluyendo las **náuseas,** los **cólicos,** los **vómitos** y la **diarrea**).

Entre todas las reacciones alérgicas que acabamos de mencionar, una de las que más suele preocupar a los padres es el **asma infantil.** El asma consiste en una dificultad respiratoria, de carácter más o menos serio, frecuentemente acompañada de un "resuello" característico, que llega a angustiar mucho a las madres. También para el niño, el ataque asmático suele ser una experiencia altamente perturbadora.

Si se trata de un primer ataque asmático, llame al médico

inmediatamente. Si no puede localizarlo, no vacile en llevar en seguida al niño a la sala de emergencias del hospital más cercano. Mientras mayor sea la dificultad respiratoria del niño, con mayor rapidez se debe actuar.

Si el médico, por teléfono, le aconseja esperar, pues ya él se va a poner en camino, lo mejor será acostar al niño. En algunos casos, el pequeño se sentirá más confortable si se le permite estar medio incorporado en la cama, casi sentado, con el apoyo de varias almohadas en la espalda.

Trate usted de mantenerse serena en presencia del niño, y de proporcionarle alguna distracción no excitante, para evitar que él se angustie con la dificultad respiratoria que está experimentando. Puede permitirle ver la televisión, u oír el radio. También puede leerle algún cuento o historieta.

Convendrá que el niño tome algún líquido, ya sea jugo o agua, pero déselo a intervalos, en pequeñas cantidades cada vez, para no provocarle náuseas. No trate de obligarlo a que tome estos líquidos, si él no lo desea.

Al hablar por teléfono con el médico, pregúntele si, mientras espera, se le puede dar al niño algún jarabe contra la tos. Probablemente el médico le dirá que sí, pero señalará que ese jarabe **no** debe contener antihistamínicos. En caso de duda, lo mejor será optar por no darle medicamento alguno mientras el médico no llegue y lo reconozca.

Una vez que se ha establecido el hecho de que el niño efectivamente es asmático, y ya ha sufrido uno o más ataques, el pediatra se encargará de iniciar el tratamiento que estime más adecuado. Ese tratamiento, por lo general, irá precedido de algunas pruebas alérgicas, encaminadas a aislar y determinar el agente alergeno que provoca el asma. También el pediatra le indicará qué medicamentos deben dársele al niño cuando le sobrevenga un nuevo ataque.

Está muy generalizada la creencia de que el asma (y también las otras alergias) desaparece "por sí sola", con el mero transcurso de los años. Esto, efectivamente, es cierto. Muchos individuos, que fueron asmáticos o sufrieron de otras alergias durante la niñez, dejaron de confrontar tales problemas al llegar a la adolescencia o a la edad adulta. Sin embargo, ello no quiere decir que el asma, y las alergias en general, puedan dejarse sin la necesaria atención médica, con la esperanza optimista de que van a desaparecer en el futuro.

En muchos casos, los ataques asmáticos en el niño pueden

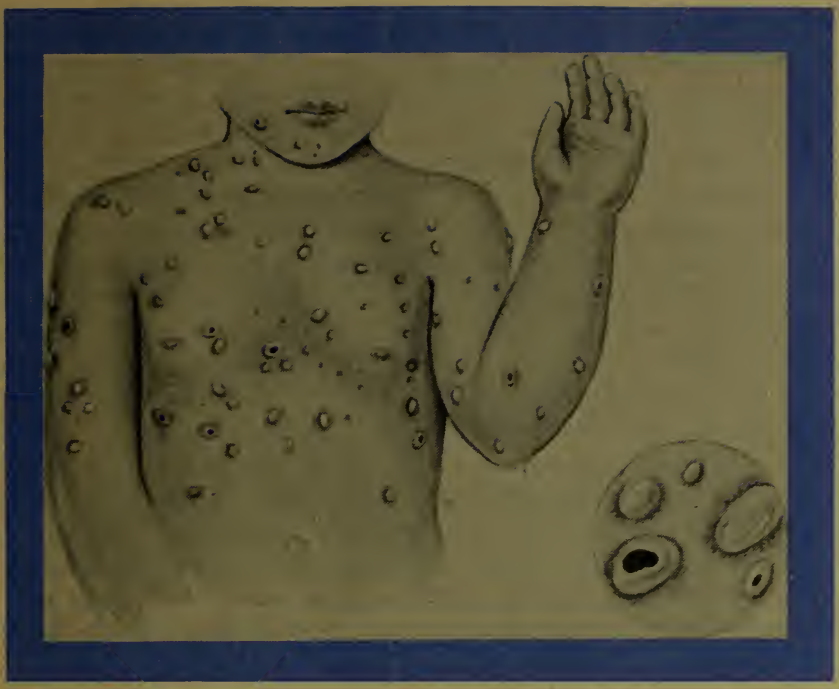
prevenirse, al menos hasta cierto punto. El médico tratará de identificar qué partículas específicas, entre las contenidas en el aire que el niño habitualmente respira, son las que le producen una reacción asmática. Con vista a sus conclusiones, es muy posible que el médico le sugiera usar algún determinado tipo de colchón o de almohadas para la cuna o la cama del niño. Si en la casa hay algún perro o gato, u otro animal doméstico, tal vez el médico señale la necesidad de deshacerse del mismo.

En ciertos casos, no en todos, el pediatra recomendará un tratamiento especial de "desensibilización", a base de inyecciones. Estas producen el efecto de hacer que el organismo del niño pueda tolerar las sustancias alergenas que antes le producían el asma. Sin embargo, tales tratamientos no son recomendables indistintamente en todos los casos.

También es muy posible que el médico, aunque el niño sea muy pequeño, le enseñe algunos ejercicios respiratorios. Es importante que el niño los aprenda, ya que, en presencia de un nuevo ataque asmático, le ayudará mucho el poder respirar en la forma que su médico le enseñó.

Está ampliamente demostrado que los factores emocionales también influyen en la frecuencia y en la severidad de los ataques asmáticos. Si el niño tiene propensión a dichos ataques, lo más probable es que se le presenten más a menudo, y con síntomas peores, si él advierte una situación de tensión en el hogar o de desavenencia entre sus padres.

La decisión de mudarse a otra ciudad, región o distrito, con la esperanza de evitarle al niño la presencia de ciertas sustancias alergenas en el medio ambiente, no debe tomarse en una forma precipitada, sin antes conversar extensamente la situación con el médico. A menudo sucede que una familia "escapa" a otro lugar, creyendo solucionar así los problemas del asma infantil y, en el nuevo domicilio, se encuentra con la presencia de alergenos iguales o aun peores. Excepcionalmente, el cambio de domicilio efectivamente constituye una buena solución, pero muchas veces no ocurre así. El tipo de cambio que más se aconseja suele ser el de un clima húmedo para un clima seco, y muchas veces los mismos alergistas no recomiendan un traslado permanente. Hay casos en los que al niño quizá le basten unas vacaciones un poco largas en un clima distinto, para que luego la alergia no reaparezca cuando vuelva a donde antes estaba.



LA VARICELA (VIRUELAS LOCAS)

Esta es una enfermedad de la que escapan pocos niños. En muchos, quizá no se presente hasta los años de la preadolescencia, pero en otros se manifiesta antes. Los pediatras la consideran como una de las enfermedades infantiles más contagiosas. Si el niño ha estado expuesto al contagio, será muy extraño que no la "pesque".

La **varicela** es una enfermedad viral. Por lo general, aproximadamente 24 horas antes de que la erupción brote, es posible que el niño comience a sentirse mal, con una baja temperatura. La erupción casi siempre brota primero en el pecho, el abdomen y la espalda, en forma de manchitas rojas, ligeramente protuberantes, a modo de ronchas, que tienden a agruparse. En espacio de pocas horas, se forman vejigas llenas de líquido que muy pronto se transforman en costras. Es muy posible que, durante los siguientes tres o cuatro días, haya nuevos brotes, que suelen extenderse a la cara, el cuero cabelludo, los brazos y las piernas. En algunos casos, la boca, la garganta y la membrana conjuntiva del ojo también resultan afectadas.

La fiebre no sube en todos los casos. En muchos, se mantiene una temperatura más bien baja. La varicela no es una enfermedad grave, pero sí molesta. El niño seguramente se quejará de una irritante picazón. Tenderá a rascarse, lo que no es aconsejable, ya que existe el riesgo de infección. Es aconsejable, por consiguiente, recortarle las uñas al pequeño.

En los casos de varicela, no conviene abrigar mucho al niño. Por el contrario, es mejor que se mantenga fresco y que no sude. Muchos pediatras, hoy en día, recomiendan que, si la temperatura así lo permite, al niño con varicela se le permita salir, a ratos, a jugar al patio. La permanencia constante en cama no es indispensable. Sin embargo, conviene evitar las actividades que puedan excitar demasiado al niño.

La varicela suele ser más contagiosa durante las 24 horas que inmediatamente preceden al brote de la erupción. Después, el contagio es menor, y casi siempre el peligro desaparece del sexto día en adelante. Casi todos los niños son susceptibles a contraer la varicela después que han cumplido un año. Una vez que han pasado por la enfermedad, la inmunidad que adquieren les dura para toda la vida.

Desde luego, aunque se trata de una enfermedad benigna, siempre es imprescindible notificar al médico.

EL CATARRO COMUN

Cuando no sobrevienen indeseables complicaciones, el catarro común "viene y se va" sin dejar mayores consecuencias, cosa que afortunadamente sucede en la inmensa mayoría de los casos. No obstante, el catarro puede ocasionarle mucho malestar a quien lo padece, especialmente a los niños de muy corta edad.

Los padres no deben extrañarse de que el niño, al padecer un catarro, se torne irritable e intranquilo. Estas reacciones son enteramente normales y, por tanto, los padres deben, sin llegar al extremo de "malcriar" al niño, tratar de ser un poco más pacientes y tolerantes, es decir, "hacerse un poco de la vista gorda". ¿Acaso los adultos no se sienten generalmente de pésimo humor cuando un catarro los fastidia? ¡Pues bien podemos recordar que a los niños también les ocurre otro tanto!

El catarro es una afección respiratoria sumamente contagiosa, mucho más frecuente en el niño que en el adulto. Hay adultos que pueden pasar años sin contraer un catarro. Con los niños, rara vez ocurrirá esto. Lo más probable, aún tratándose de niños muy sanos, es que padezcan de varios catarros durante el año.

Las vacunas anticatarrales, hasta la fecha, tienen una eficacia muy limitada, ya que son muchos los virus que pueden producir el catarro, y las inmunizaciones descubiertas hasta hoy sólo son efectivas contra algunos de esos virus, pero no contra todos ellos. No es extraño, por tanto, que muchos médicos recomienden las vacunas anticatarrales a las personas ancianas y, no se las aconsejen a los niños, ya que estos últimos, por regla general, están mejor "apertrechados" para resistir, sin mayores problemas, los embates del catarro común.

Muchos pediatras estiman que, para un niño de 5 ó 6 años, es normal padecer entre tres y ocho catarros anuales, sin que esto implique que el niño sea enfermizo o débil.

A continuación, señalaremos algunas reglas que ayudarán mucho a los padres preocupados a "lidiar" en forma eficaz con los catarros de sus hijos pequeños.

1. No exagere demasiado las precauciones. El niño acatarrado no necesita guardar cama, a menos que el médico expresamente lo indique. Sin embargo, sí es conveniente que le dé amplias oportunidades de descansar, especialmente si el mismo niño manifiesta su deseo de estarse tranquilo y sosegado.

2. El niño acatarrado puede distraerse con la televisión, pero debe hacerse lo posible para que no la vea más allá de 3 ó 4 horas diarias, siempre con intervalos de descanso. Si hay fiebre, muchos médicos recomiendan que sean breves los ratos que el niño dedica al televisor.

3. Debe procurarse que el niño acatarrado se entretenga con juegos y pasatiempos bastante simples, que no le obliguen a un gran esfuerzo físico o mental.

4. Cuando un niño tiene catarro, no hay que encerrarlo. Si el tiempo es bueno, y si el propio niño lo desea, se le puede permitir jugar a ratos al aire libre, especialmente cuando hay sol, sin abrigarlo exageradamente.

5. Si el catarro se presenta acompañado de fiebre, consulte con el médico sobre la conveniencia de darle al niño alguna tableta de aspirina infantil. Si la fiebre continúa aumentando, llame al médico, pero no aumente, por su cuenta y riesgo, la dosis de aspirina. Deje que sea el médico quien indique lo que debe hacerse. No ejerza presión sobre el médico para que éste prescriba medicamentos antibióticos. Ya él se encargará de hacerlo, si realmente lo estima indicado.

6. Es posible que el niño presente congestión nasal. Consulte con el médico sobre la conveniencia de emplear alguno de los más recientes medicamentos. (No todos los pediatras favorecen el uso de los aspiradores nasales.)

7. Los ungüentos a base de petrolato suelen aliviar mucho las irritaciones cutáneas en la zona vecina a las fosas nasales, especialmente cuando hay una secreción nasal muy abundante. No vacile en usarlos para aliviar al niño.

8. Consulte también con el médico sobre la conveniencia de poner, en la habitación del niño, algún vaporizador, especialmente si vive en alguna zona donde el clima sea demasiado seco. Los vaporizadores añaden la humedad necesaria al aire que respira el niño, y son especialmente aconsejables para las horas de la noche. Deben preferirse los vaporizadores de aire frío, y no los de aire caliente, a menos que el médico, por alguna razón especial, recomiende estos últimos.

9. Los jarabes contra la tos **no** constituyen una cura para el catarro, pero pueden aliviar mucho al niño enfermo. Existen excelentes jarabes antitusivos, especialmente producidos para niños. Consulte con el médico sobre la posibilidad de utilizarlos, pero debe ceñirse estrictamente a las dosis que el profesional le señale, o a las que aparezcan indicadas en la etiqueta del producto. **No aumente esas dosis.** Los pediatras coinciden en opinar que la tos debe ser aliviada, pero estiman que es negativo el pretender **suprimir totalmente** el reflejo espontáneo de la tos, ya que contribuye a descongestionar los pasajes respiratorios del niño acatarrado.

10. Es muy probable que, con el catarro, el niño rechace los alimentos sólidos que habitualmente se le dan. Esta es

una reacción normal. No insista en "atiborrarlo" de comida. Sin embargo, sí se recomienda procurar el no disminuirle su dosis habitual de leche. Las gelatinas, las natillas y otros alimentos blandos son los que el niño acatarrado, por lo general, aceptará mejor y comerá con más gusto.

11. Al niño acatarrado no se le deben administrar medicamentos laxantes, a menos que el médico lo apruebe.

Aunque ya hemos dicho que los catarros infantiles son normales y no suelen representar un problema grave, sí es recomendable conversar con el pediatra que habitualmente atiende al niño, si se nota que esos catarros son muy persistentes, casi constantes, o si se presentan acompañados de fiebres muy altas, o de un malestar tan grande que le impida al niño alimentarse, crecer y desarrollarse en forma normal.

Debe insistirse en que, si el catarro se presenta acompañado de dolor de oídos o, sobre todo, de dolor de garganta, el médico debe ser notificado, preferiblemente antes de las 24 horas. Esas molestias, en muchos casos, son perfectamente normales, pero nunca debe descartarse la posibilidad de que sean síntomas de alguna complicación más seria.

LA DIFTERIA

La **difteria** consiste en una infección de carácter bastante grave, que suele manifestarse con un fuerte dolor de garganta, fiebre, dolor de cabeza y secreción nasal. Hoy en día, no es tan frecuente como en el pasado, gracias al hecho de que ya muchos niños reciben la vacuna capaz de prevenirla.

Si se presenta la difteria, debe ser inmediatamente atendida por el médico, para prevenir las graves complicaciones que a veces sobrevienen, incluyendo fallos cardíacos, obstrucción de los conductos respiratorios, neumonía y parálisis temporal de los músculos. En los casos de difteria que no reciben atención médica, no es extraño que sobrevenga la muerte.

No todos los casos son igualmente graves. Se reconoce la existencia de casos de difteria benigna. Pero siempre el médico debe ser llamado cuando se advierten los síntomas que ya han sido mencionados.

En los casos en que el niño ha recibido la vacuna antidiftérica, los padres deben recordar que las dosis de reactivación son necesarias para que la inmunidad se mantenga a lo largo de los años.

Señalemos que otro síntoma de la difteria, aunque no se presenta en todos los casos, es la pérdida de la voz, acompañada de dificultades respiratorias, o la incapacidad del niño para hablar en voz alta. Estos síntomas, que tanto alarman a los padres, se explican por la formación de una espesa "capa" de bacterias, glóbulos blancos de la sangre y tejidos muertos, la que se adhiere a la garganta del enfermo, extendiéndose en muchos casos hasta la nariz, la laringe, y también la tráquea. Se habla, además, de difteria cutánea, en aquellos casos en que esta enfermedad infecciosa se manifiesta también en la piel.

Hoy en día, el tratamiento de la difteria generalmente incluye antibióticos, que se encargan de matar a las bacterias nocivas que están en proceso de rápida multiplicación, y antitoxinas (es decir, anticuerpos cuya función es la de atacar las toxinas producidas por las bacterias). Esta combinación suele dar excelentes resultados en la gran mayoría de los casos.

LA RUBEOLA

En los niños, la **rubéola** suele ser una enfermedad tan inofensiva y simple, que los mismos médicos reconocen que casi no habría ni que prestarle mucha atención. El verdadero problema de la rubéola estriba en la posibilidad de que la adquiera la mujer embarazada, especialmente durante los primeros tres meses de la gestación, por el peligro de que produzca serias deformaciones e incapacidades en la criatura que está por nacer.

Por fortuna, ya existe una vacuna capaz de prevenir la rubéola y, en principio, todos los niños deben recibirla, salvo que el médico, por alguna razón especial, indique lo contrario. No se trata tanto de protegerlos a ellos, como de proteger a la madre. En efecto, si uno de sus hijos contrae la rubéola, lo más probable es que la mamá tenga que atenderlo y cuidarlo y, si da la casualidad de que en esos momentos se encuentra esperando otro hijo, es muy grande el peligro de que ella resulte contagiada. Por el contrario, esta posibilidad se reduce a un mínimo si todos los niños en la casa están inmunizados.

Si la mujer nunca ha recibido esta vacuna y nunca ha padecido la rubéola, debe discutir con su médico la conveniencia o no de hacerse vacunar. Lo ideal es que reciba la vacuna siendo soltera, por lo menos cuatro o cinco meses antes del matrimonio.

Es importante señalar que, tanto en los niños como en los adultos, la rubéola puede presentarse en una forma tan sumamente benigna, casi sin que se manifiesten sus síntomas típicos, que se hace muy difícil, aun para los médicos más experimentados, distinguirla con certeza de otras infecciones virales. En la mujer embarazada, caben ambas posibilidades, es decir, que se presente la rubéola con síntomas evidentes e indudables, o que se manifieste una rubéola casi asintomática, pero, tanto en un caso como en el otro, de todos modos existen para la criatura los peligros de que ya hemos hablado.

En los casos de niños atacados con rubéola, el máximo peligro de contagio se extiende desde siete días antes del brote de la erupción hasta cinco días después de haberse manifestado ésta, aunque hay casos de contagio sin brote de erupción.

Las llamadas "manchas de Koplik"
en un caso de sarampión

Roseóla infantil
(Exanthem Subitum)

A la rubéola se le llama a veces "el sarampión alemán", y es una enfermedad muchísimo más benigna que el verdadero sarampión. El período de incubación se prolonga entre 14 y 21 días. Por lo general, el niño comienza a sentirse con unas pocas décimas de fiebre y un poco de secreción nasal, síntomas éstos que aparecen entre dos y tres días antes de la erupción.

Otra característica de la rubéola es una inflamación dolorosa de los nódulos linfáticos situados en el área occipital, en la parte posterior de la cabeza, y en el cuello. Estas glándulas pueden mantenerse inflamadas hasta por seis o siete días, inclusive después de haber desaparecido la erupción.

La erupción consiste en manchitas rojas muy pequeñas, ligeramente protuberantes, tan minúsculas que, en algunos casos, cuesta trabajo notarlas. Aparecen primero en la cara y, dentro de las 24 horas siguientes, se extienden al resto del cuerpo. Aparte de las manchitas en sí mismas, también es posible que haya alguna área del cuerpo, de gran tamaño, que se vea muy enrojecida.

Al tercer día, lo más probable es que la erupción se esté extendiendo todavía en las piernas, pero ya habrá comenzado a desaparecer en la cara.

Los anticuerpos que el organismo produce para combatir el virus de la rubéola, proporcionan una inmunidad que dura por toda la vida.

En algunos niños, pero más aún en los adultos, la rubéola a veces produce dolor e inflamación de las articulaciones, pero estos síntomas desaparecen pronto sin necesidad de un tratamiento especial.

Los niños con rubéola casi nunca se sienten muy mal. A menos que el médico indique lo contrario, no será necesario hacerlos guardar cama, ni siquiera mantenerlos recluidos en sus habitaciones. Si el clima lo permite, se les puede dejar que salgan a jugar al patio, y casi nunca es necesario alterarles su régimen alimenticio habitual. Si la fiebre sube un poco, quizá el pediatra ordene alguna aspirina infantil. Cinco días después del brote de la erupción, desaparece el peligro de contagio.

Señalemos, finalmente, que muchas mujeres no saben a ciencia cierta si son o no inmunes contra la rubéola y, por tanto, no saben si necesitan o no recibir la vacuna, que tan importante es cuando se aspira a tener hijos en un futuro. La mujer no sabe si padeció o no la rubéola en su infancia. En estos casos, un sencillo análisis, prescrito por el médico, resolverá esta duda, que representa tanto para su futura maternidad.

LA ROSEOLA

Distinta del sarampión, la viruela, la varicela y la rubéola, la **roséola** es una de las enfermedades más comunes de la infancia. Por suerte, no es una enfermedad grave y casi nunca presenta complicaciones pero puede alarmar mucho a los padres, debido a la elevada temperatura del niño, que a veces le provoca convulsiones. (De hecho, la roséola es una de las causas más comunes de convulsiones febriles en bebés y niños.)

Las causas exactas de la roséola no se conocen, pero se estima que es una enfermedad viral. Se supone que el período de incubación es de 10 u 11 días, poco más o menos. La enfermedad se declara de súbito, con una fiebre bastante alta, que puede prolongarse de tres a cinco días. Desaparecida la fiebre, es que brota la erupción. Por lo demás, sus síntomas tienden a ser poco definidos. No suele haber diarreas, dolor de oídos ni dolor de garganta, y no todos los niños reaccionan igual. Mientras algunos se sienten muy mal y muy caídos, otros parecen estar "de maravilla", excepto por la fiebre. Estas diferencias en cuanto al modo de reaccionar a la enfermedad, para las cuales no existe una explicación definida y concreta, deben considerarse normales. Con otras enfermedades de la infancia ocurre igual. Algunos niños las pasan sintiéndose mucho mejor que otros.

Cuando la erupción brota, generalmente se extiende a todo el cuerpo, en forma de manchas rojas, que pueden ser aplanadas o "aplastadas" o, por el contrario, ligeramente protuberantes, a modo de ronchas. Primero aparecen en el pecho, el abdomen y la espalda, y luego se extienden a los brazos y al cuello. El brote es menor en la cara y en las piernas. La erupción raras veces dura más de 24 ó 30 horas.

No hay tratamiento específico para la roséola. El médico quizás prescriba alguna aspirina infantil para bajar la fiebre, y tal vez recomiende baños de agua tibia o fresca. Algunos pediatras optan por prescribir una dosis moderada de fenobarbital, con el fin de prevenir las convulsiones, pero otros, discrepan de esta opinión y no favorecen este tratamiento preventivo.

LA CORIZA (RINITIS ALERGICA)

Se caracteriza por las secreciones nasales, los estornudos, la picazón y la dificultad para respirar por la nariz. En los casos más benignos de coriza, los dos primeros síntomas, entre los cuatro que hemos enumerado, son los que más se notan.

Cuando hay coriza, las membranas que recubren los pasajes nasales se inflaman, y las glándulas mucosas de la nariz producen una cantidad anormalmente copiosa de mucus. Esto contribuye a una obstrucción parcial de los pasajes nasales, por lo que se produce la dificultad respiratoria. El niño sentirá picazón en la nariz y tenderá a rascársela.

El niño alérgico puede reaccionar con un ataque de coriza frente a la presencia de ciertas partículas suspendidas en el aire, principalmente el polen de las flores y el moho.

Si los ataques de coriza tienden a ser benignos y poco frecuentes, es posible que el médico no les conceda demasiada importancia. Por el contrario, si llegaren a ser muy molestos o a sobrevenir muy a menudo, entonces el profesional puede ordenar ciertas pruebas alérgicas de la piel, que le ayudarán a descubrir cuáles son las sustancias alergenas que provocan la coriza.

En los casos en que ésta es prácticamente permanente, el alergeno casi siempre suele ser el polvo común y corriente que se acumula en todas las casas, por mucho que la mujer cuide de la limpieza. En estos casos, el eliminar las alfombras y el usar la aspiradora eléctrica con mayor frecuencia puede ayudar un poco a disminuir los ataques de coriza.

El médico tratará de aumentar la tolerancia del niño a los alergenos, lo que muchas veces puede lograrse mediante el adecuado tratamiento de antihistamínicos. Si la coriza infantil, lejos de desaparecer o de aliviarse, se agrava con los años, y si no responde favorablemente a los antihistamínicos, entonces el médico probablemente decida recurrir a las inyecciones de "desensibilización".

En los casos en que el médico acude a los antihistamínicos, es particularmente importante ceñirse siempre, en la forma más estricta, a las dosis señaladas.

LA URTICARIA

La urticaria se caracteriza por ronchas rojas, generalmente bastante protuberantes y con bordes bien definidos. En los casos más intensos, las ronchas pueden tener un centro blanquecino. El tamaño de las mismas varía mucho: pueden tener desde unos pocos milímetros de diámetro hasta más de 2,5 centímetros. Por lo general, cada una de las ronchas sólo persiste entre 8 y 12 horas, pero, mientras dura el ataque, se mantienen apareciendo y desapareciendo en distintos lugares de la piel. Si se advierte que una misma roncha perdura en el mismo sitio por más de 24 horas, entonces es casi seguro que no se trata de un verdadero ataque de urticaria. Estas ronchas provocan una molestísima picazón, a veces acompañada de ardor y de cierto cosquilleo.

Un típico ataque de urticaria rara vez se prolonga por muchos días. Lo más normal es que sean bastante breves. Se habla entonces de **urticaria aguda.** Ahora bien, si llega a durar hasta más de 6 semanas, entonces los médicos la llaman **urticaria crónica.**

La urticaria aguda casi siempre es una reacción alérgica, muchas veces provocada por la mordedura o picada de algún insecto, por algún alimento (principalmente los mariscos), o por algún medicamento, aunque hay muchos otros alergenos que también la pueden producir. Casi todos los pediatras, especialmente si ya tienen una larga experiencia en el ejercicio de su especialidad, pueden citar casos clínicos en los cuales la urticaria aguda es provocada por algún tipo de alimento específico, sin que se sepa exactamente por qué. En algunos niños, pueden ser las galletitas de dulce; en otros, el huevo; en otros, el chocolate, etc. La misma madre, en el transcurso de la vida diaria, suele darse perfecta cuenta de cuáles son las comidas que provocan tal tipo de reacción en su hijo. Por suerte, con la llegada de la adolescencia, estas "intolerancias" suelen desaparecer, de modo que muchos jóvenes y adultos pueden disfrutar, sin temores, de aquellos alimentos que en su niñez les estuvieron vedados. La urticaria aguda infantil raras veces perdura hasta la edad adulta.

La urticaria crónica también puede tener un carácter alérgico,

pero, en estos casos, no es tan frecuente que sea producida por un alimento, sino más bien por el polen que flota en el aire o por algún medicamento que ha tomado el niño. La urticaria crónica, además, puede ser un síntoma de que hay parásitos, y también se sabe que ciertos factores emocionales, como la tensión y la ansiedad, pueden provocarla.

Hay un tercer tipo de urticaria, llamada **urticaria colinérgica.** Sus causas son varias: factores emocionales, calor excesivo, abuso del ejercicio físico, o cambios en la temperatura. En todos estos casos, la urticaria es aún más fugaz que en los casos alérgicos. Las ronchas son mucho más pequeñas y tienen un borde de color rojizo muy intenso. Muchas veces desaparecen en el término de una hora, y aun en menos tiempo, pero tienden a recurrir en el niño susceptible. Los médicos no han podido determinar por qué algunas personas reaccionan con urticaria frente a ciertos estímulos emocionales.

Cuando la urticaria no llega a ser demasiado molesta, muchas veces el médico estima que no es necesario tratarla. En caso contrario, probablemente recete baños tibios con avena, compresas de agua helada o algún medicamento, como la loción de calamina. Los antihistamínicos orales son bastante eficaces.

En algunos niños, la urticaria no se limita a la piel. Otras partes del cuerpo —principalmente la tráquea, la laringe y los bronquios —pueden resultar afectadas. Si sobreviene inflamación en estas estructuras orgánicas tan delicadas, puede producirse una cierta dificultad respiratoria, y entonces la urticaria sí exigirá un tratamiento médico más especializado. Estos problemas suelen ser más comunes en las personas que son alérgicas a la ingestión de mariscos. (No todos los mariscos son igualmente alergenos. La langosta y los camarones son los que provocan este tipo de reacción más a menudo.) En casos excepcionales, la dificultad respiratoria llega a ser tan fuerte, que puede exigir la aplicación de medidas de emergencia.

Señalemos que, hasta ahora, la ciencia médica no dispone de pruebas alérgicas de la piel para determinar las verdaderas causas de la urticaria. Por tanto, el médico tendrá que confiar mucho en el historial clínico del paciente. Es por esto que resulta tan importante que la madre esté preparada para contestar clara y concretamente las preguntas que el profesional formule, respecto a episodios pasados de urticaria, alimentos que parezcan haber sido irritantes para el niño, etc.

PROBLEMAS DE ARTRITIS EN LOS NIÑOS

Conviene que los padres de familia estén advertidos de que la artritis, lejos de ser una enfermedad exclusiva de los adultos y personas mayores, puede manifestarse también en niños de corta edad, principalmente la llamada **artritis reumatoide juvenil.**

Esta enfermedad, por lo general, se declara en niños comprendidos entre las edades de uno y tres años, y las niñas son más susceptibles a la misma que los varones. Suele comenzar con fiebre, acompañada de una erupción cutánea de color rosado salmón. A veces, aunque no se queje de dolor, el niño puede comenzar a cojear un poco, y se le puede inflamar alguna articulación (la de la rodilla en la gran mayoría de los casos).

Después de estos primeros síntomas, los dolores e inflamaciones pueden manifestarse también en otras articulaciones. En algunos casos, pueden sobrevenir problemas de la vista. (Todo niño artrítico debe ser examinado por un oculista cada seis meses, aunque no se queje de molestias en los ojos.)

En los adultos, la artritis, aunque puede ser eficazmente controlada y aliviada, no es totalmente curable. En los niños pequeños, por suerte, la situación es distinta: más del 50% de ellos, con el tiempo, llegan a verse libres del padecimiento artrítico, pero, aunque así sea, la asistencia médica del problema es **absolutamente indispensable,** ya que la Medicina actual está en posesión de valiosos recursos no sólo para aliviar al niño, sino para **prevenir** que, a consecuencia de una artritis temprana, puedan desarrollarse serias complicaciones del desarrollo óseo. Con medicamentos especiales, terapia diaria a base de ejercicios y, en algunos casos, cirugía, puede lograrse en el niño artrítico un desarrollo plenamente sano y normal.

LA HIPOGLICEMIA

El término "hipoglicemia" significa que hay un bajo nivel de azúcar en la sangre. Sus síntomas más comunes incluyen la palidez, la transpiración, las alteraciones en la capacidad del niño para mantenerse normalmente alerta, y las convulsiones.

Siempre que sobrevengan estos síntomas, debe notificarse de inmediato al médico. Si éste reconoce al niño durante el curso de un ataque hipoglicémico y comprueba el bajo nivel de azúcar, casi no se requerirán otras pruebas para establecer el diagnóstico. Ahora bien, no siempre es factible que el médico examine al niño y las pruebas se le hagan durante el curso del ataque. En tales casos, es mucho más difícil llegar a un diagnóstico certero, pero, como resulta importante establecerlo, la madre no debe alarmarse si el pediatra insiste en hospitalizar al niño para provocarle, deliberada y artificialmente, el ataque hipoglicémico, lo que se logrará sometiendo al pequeño, durante su estancia en el hospital, a una dieta sumamente baja en calorías y en carbohidratos.

En los años de la niñez, la variedad más común de hipoglicemia es la que se conoce como **hipoglicemia infantil intermitente.** En estos casos, el paciente suele ser un niño normalmente muy activo, con un apetito más bien "errático" (algunos días casi no querrá comer, mientras que en otros tenderá a comer más de la cuenta). Estos niños, por lo general, tienen una estatura y un peso ligeramente inferiores a lo que correspondería para su edad. Se ha determinado que más del 50 por ciento de estos pacientes son niños que nacieron prematuramente o que, al nacer, tuvieron un peso por debajo de lo normal.

Los ataques hipoglicémicos ocurren principalmente en la mañana, pero también pueden presentarse después que el niño lleva un período de varias horas sin ingerir carbohidratos, o a continuación de períodos muy activos de ejercicio, si el pequeño, después de su actividad, no ha tomado alimento. En algunos casos, el ataque se presenta acompañado de vómitos. Por lo general, el paciente reacciona muy bien, y rápidamente, cuando se le administra azúcar.

El tratamiento de la hipoglicemia generalmente incluye un aumento en la ingestión diaria de calorías y carbohidratos, es-

pecialmente para aquellos días en los que el niño vaya a tener demasiada actividad física. Si el niño hipoglicémico se enferma a causa de alguna infección y pierde más aún el apetito, es importante que se le mantenga una adecuada ingestión de azúcar, por lo cual se recomienda que se le den frecuentes tragos de jugos endulzados.

Otras recomendaciones más específicas pueden variar bastante de un caso a otro, dependiendo básicamente de las circunstancias concretas bajo las cuales tiende a presentarse el ataque hipoglicémico, que no son las mismas en todos los niños. En algunos casos, por ejemplo, el médico insistirá en que al niño se le dé algún alimento, aunque sólo sea un pequeño

COMPRENDIENDO MEJOR LA FIBROSIS QUISTICA

Hoy por hoy, cuando la tuberculosis ya no constituye la amenaza que fue en el pasado, la **fibrosis quística** está reconocida como la más dañina entre las enfermedades pulmonares que pueden afectar a los niños. Aunque no se han compilado estadísticas absolutamente exactas, se calcula que este mal afecta a uno entre cada 1500 niños.

¿EN QUE CONSISTE Y CUALES SON LOS SINTOMAS?

Se trata de una enfermedad de carácter hereditario, que afecta directamente a las glándulas productoras de mucus, pero también a las que elaboran la saliva y el sudor. Sus complicaciones afectan seriamente no sólo a los pulmones, sino también al tracto digestivo.

El temprano diagnóstico de la enfermedad es esencial, para prolongar la vida del paciente en las condiciones más normales que sea posible. Uno de los síntomas principales es la transpiración de sabor muy salado. Otros síntomas incluyen deposiciones muy voluminosas y fétidas, tos crónica, "ahogo" o una respiración bastante ruidosa, y dificultad para ganar peso y desarrollar fortaleza muscular. Estos síntomas pueden presentarse lo mismo en los bebés que en los niños de dos años, y aun mayores.

refrigerio, justamente antes de irse a dormir, para que no esté sin comer desde su cena regular hasta el desayuno de la mañana siguiente.

Diagnosticada la hipoglicemia, los padres deben redoblar su observación del niño, para, en caso de que sobrevenga un ataque, poder explicar concretamente al médico las circunstancias que lo acompañaron (es decir, lo que el niño había comido, a qué hora, qué tipo de actividad tuvo durante las horas precedentes al ataque, etc.).

Por lo general, la hipoglicemia infantil tiende a ser más frecuente entre las edades de 18 meses y seis años. Fuera de estos límites de edad, no se presenta tan a menudo.

PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO

Al médico no siempre le es fácil llegar a un diagnóstico inequívoco de fibrosis quística. A veces, ésta puede confundirse con otra dolencia: la **enfermedad celíaca,** que es un trastorno de los mecanismos de la absorción intestinal, cuyos síntomas suelen presentarse alrededor de la edad de dos años, pero a veces se manifiestan antes.

En la enfermedad celíaca, uno de los síntomas más comunes es la diarrea, y a veces las deposiciones, igual que en los casos de fibrosis quística, son voluminosas y muy malolientes. En algunos niños, aparte de las diarreas, también puede haber vómitos, estreñimiento y dificultad para aumentar de peso. Cuando existe la enfermedad celíaca, es probable que el niño presente un abdomen prominente, que se muestre a menudo muy irritable, y que sus brazos y piernas sean pequeños y muy delgados. Esta enfermedad generalmente es causada por una intolerancia al **gluten** (la proteína que se encuentra en cereales como el trigo, la cebada y el centeno). Esto facilita su tratamiento, ya que, en la mayoría de los casos, sólo con suprimir tales alimentos, el niño se normaliza.

Sin embargo, como la fibrosis quística también da lugar a trastornos digestivos, se recomienda que todo niño del cual se sospeche que padece la enfermedad celíaca, también sea sometido a la "prueba de la transpiración", de la que se valen los médicos para diagnosticar la fibrosis quística y así disipar la duda.

LA INFLUENZA

La **influenza** es una infección viral de la nariz, la garganta y los conductos respiratorios, causada por una familia específica de virus. Estos virus sufren distintos cambios o mutaciones, de modo que la inmunidad que haya podido adquirirse contra algún tipo de ellos, generalmente sólo ofrece una protección parcial y débil contra algún otro virus de una nueva variedad. Por eso, las vacunas descubiertas hasta ahora contra la influenza solamente tienen un valor limitado.

Los síntomas suelen incluir fiebre, enfriamiento, enrojecimiento de la cara, el cuello y el pecho, dolores de cabeza, vértigo, enrojecimiento de los ojos, ardor de garganta, tos, y dolores en la espalda, los brazos y las piernas. En los niños muy pequeños, es posible que, en los primeros momentos, también haya diarrea y vómitos. En casi todos los casos, el paciente experimenta una intensa sensación de fatiga que le hace sentirse sumamente mal.

Los casos más benignos sólo duran de 3 a 4 días, pero lo más común es que los síntomas persistan hasta por una semana. En algunos casos, la influenza parece presentarse en dos ciclos. El primero dura de 2 a 3 días; entonces el paciente se mejora y se le reduce la fiebre, lo que parece indicar que ya está casi bien del todo. Sin embargo, es posible que la temperatura se eleve de nuevo uno o dos días más tarde.

La **influenza** aunque sea benigna, siempre debe ser oportunamente atendida, por las complicaciones que pudiere originar. Estas complicaciones —que incluyen neumonía, infecciones del oído y sinusitis— pueden deberse tanto al mismo virus productor de la influenza como a la presencia de agentes bacterianos secundarios. Para la infección viral, no existe un tratamiento específico, ya que los antibióticos no resultan eficaces. El médico recomendará alguna aspirina infantil y que se le dé al niño abundancia de líquidos. En los casos en que sobrevienen complicaciones, el médico sí puede disponer de tratamientos concretos para contrarrestarlas.

La influenza, como se sabe, es altamente contagiosa, y casi siempre ocurre en forma epidémica. Los síntomas comienzan a manifestarse entre 24 y 36 horas después de la exposición al contagio. En muchos pacientes, por suerte, la influenza puede ser muy benigna, aunque la sensación de malestar general sea bastante molesta.

Lo más lamentable es que, durante los últimos años, han aparecido y continúan apareciendo nuevas variedades de virus productores de la influenza, que parecen ir ganando en peligrosidad. Sin embargo, sus víctimas se cuentan más entre los ancianos, y no entre los niños. Esa mayor peligrosidad de los nuevos virus justifica los grandes esfuerzos que científicos e investigadores están haciendo, en el mundo entero, por encontrar nuevos tipos de vacunas protectoras. Sin embargo, hoy por hoy, la tendencia general es la de aplicar estas vacunas a los adultos y a los ancianos, no tanto a los niños, salvo en casos especiales.

Además de la influenza propiamente dicha, debemos mencionar que es casi interminable la lista de virus que son capaces de producir infecciones muy similares. De hecho, en lenguaje no científico, el término "influenza" se emplea indistintamente por el público para referirse a casi todas las dolencias que causan fiebre, enfriamientos, dolores de cabeza y una desagradable sensación de malestar general. Inclusive hemos llegado a hablar, en los últimos años, de la llamada "influenza intestinal", que se presenta acompañada de diarreas y vómitos, con síntomas muy parecidos a los de la "gastroenteritis". Muchas fiebres de causa desconocida también pasan por "influenza".

LA OBSTRUCCION INTESTINAL

Las causas de la **obstrucción intestinal,** inclusive tratándose de niños muy pequeños, pueden ser muchas y de muy variada índole. Un cuerpo extraño, una zona inflamada o un tumor pueden obstruir el conducto intestinal. Tratándose de niños, debe señalarse que los tumores son excepcionalmente raros.

En el pasado, la obstrucción intestinal provocaba muchas

muertes. Hoy en día, las cosas han cambiado y, si el médico se percata a tiempo de la existencia de la obstrucción, puede lograrse una completa solución del problema.

Si la obstrucción se presenta en el intestino delgado, que es el más cercano al estómago, se notarán violentas contracciones, ya que el intestino está tratando de lograr que el aire y los materiales digeribles puedan pasar a través de él. Tales contracciones causan dolores muy similares a los cólicos o calambres.

Si se trata de una obstrucción completa, el intestino llegará a dilatarse o expandirse en forma notable, a consecuencia de la acumulación de líquidos, aire y alimentos parcialmente digeridos. En muchos casos, esta dilatación se nota externamente. Además, es frecuente que el paciente vomite. Cuando el vómito se presenta acompañado de dolores abdominales similares a los calambres, es muy probable que estemos en presencia de un caso de obstrucción intestinal.

Si la obstrucción se localiza en el intestino grueso, los síntomas son bastante similares, con la única diferencia de que los vómitos tardan más tiempo en sobrevenir.

Cuando estas situaciones de obstrucción intestinal se tornan persistentes, el niño tendrá serias dificultades para absorber los alimentos y el agua.

Todas las formas de obstrucción intestinal tienen un común denominador de peligro. Si la situación no se remedia a tiempo, disminuirá el suministro de sangre, hasta el punto de que sobrevenga la gangrena de las partes afectadas del intestino. El intestino gangrenado resultará perforado, y su contenido, así como las bacterias intestinales, se filtrarán y llegarán hasta el peritoneo, ocasionando una peritonitis.

En todo caso, es el médico (no los padres) quien debe hacer el diagnóstico. El profesional generalmente acudirá a los rayos X para identificar la obstrucción y localizarla. El tratamiento variará, de acuerdo con las causas. Por lo general, una de las primeras medidas es la de suministrarle al niño líquidos por la vía intravenosa, para aliviar los efectos de la deshidratación. También suelen recetarse antibióticos para combatir la infección. En muchos casos, se introducirá un tubo, a través de la boca o de la nariz, para llegar hasta el estómago y extraer los materiales que se están acumulando debido a la obstrucción, lo que proporciona alivio al intestino dilatado. Habrá casos en que será necesario recurrir a la cirugía. Si ha llegado a producirse una gangrena en la sección afectada, será necesario extirpar la misma.

ANOMALIAS DEL TIROIDES EN LOS NIÑOS

La glándula tiroides es una de las más importantes en el organismo humano. Está situada en la base del cuello, al frente, por debajo de la "manzana de Adán" y encima del esternón. Pesa menos de 28 gramos. Sus secreciones controlan la tasa del metabolismo, es decir, la conversión de los alimentos en energía, y contribuyen al mantenimiento tanto de la temperatura corporal como del sistema circulatorio. La hormona del tiroides también influye sobre el tono muscular, la sensibilidad de los nervios y el estado de casi cada órgano y tejido del cuerpo humano.

El **hipotiroidismo** es la anomalía que caracteriza la falta total o parcial de producción de hormona por la glándula tiroides. Si esta anomalía no es atendida, el niño sufrirá entonces de "cretinismo", es decir, su estatura será la de un enano y su inteligencia la de un idiota.

Cuando el niño tiene hipotiroidismo, su piel suele notarse fría y muy seca al tacto. Además, su temperatura habitual suele estar bastante por debajo de lo normal. Las reacciones del bebé son lentas y desganadas frente a estímulos como el alimento. A veces se le nota una cierta coloración azulosa alrededor de la boca, precisamente cuando está siendo alimentado. El estreñimiento intestinal es otro de los síntomas. El llanto, en estos bebés, es como "ronco" o "brusco", y traduce una irritabilidad anormal.

El **hipertiroidismo** es el defecto opuesto: la glándula produce un exceso de la hormona. El niño se torna entonces nervioso e irritable. Su actividad cardíaca es excesiva y dada a las palpitaciones. La regulación de la tempertura del cuerpo se desestabiliza y el pequeño siente demasiado calor aun en clima frío. Sufre de insomnio y no sólo no gana peso, sino que lo pierde. El enfermo desarrolla, poco a poco, ojos "saltones" y un abultamiento característico en el cuello.

Los síntomas señalados exigen rápida atención médica. Cuando los problemas del tiroides se identifican antes de que se haya llegado a producir una lesión cerebral, el médico podrá prescribir tratamientos eficaces, capaces de contrarrestar la anomalía.

LA LEUCEMIA

La **leucemia** es una enfermedad maligna, consistente en una incontrolable proliferación de los elementos formativos de los leucocitos, con lesiones de la médula ósea y del sistema reticuloendotelial. Las verdaderas causas de esta malignidad, hasta el presente, continúan siendo desconocidas. Estudiosos e investigadores han sugerido varias, incluyendo las predisposiciones genéticas, las infecciones bacterianas y las infecciones virales, pero ha sido imposible llegar a conclusiones definitivas e irrebatibles, de modo que la polémica científica persiste. En estos momentos, la opinión dominante es la que se inclina a atribuirle a la leucemia un origen viral.

Al menos ciertos hechos sí están claramente establecidos: se sabe, por ejemplo que los distintos tipos de leucemia afectan más a los varones que a las niñas, y también que hay niños más propensos a padecer de leucemia, como son los mongólicos y los que presentan ciertas anemias. También las estadísticas señalan que las leucemias son más comunes entre los niños blancos que entre los de la raza negra.

El factor cronológico, en alguna forma que no ha sido claramente establecida, parece tener cierta influencia, pues la leucemia se presenta más frecuentemente en los niños comprendidos entre los tres y los cuatro años de edad. El pronóstico muchas veces parece estar relacionado con la edad, pues se ha observado que hay más casos de muertes por leucemia cuando ésta aparece antes de los dos años o después de los ocho, sin que se sepa exactamente por qué.

Hay distintas clases de leucemia. Los médicos las clasifican atendiendo a la morfología de los leucocitos y al grado de inmadurez de las células que se encuentran en los exámenes de la sangre de los pacientes.

Las manifestaciones de la leucemia son muy variables, pero generalmente están asociadas con la anemia, los trastornos en las plaquetas y la infiltración leucémica en distintos órganos, incluyendo los riñones, el hígado, el cerebro, etc. Mientras mayor sea la infiltración, peor será el pronóstico. La produc-

ción de glóbulos blancos de la sangre aumenta en una forma alarmante. Mientras en la persona sana se calcula que haya aproximadamente 7500 glóbulos blancos por cada milímetro cúbico de sangre, en los casos de leucemia aumentan hasta llegar a una cifra comprendida entre 100 mil y un millón.

Otros síntomas de la leucemia aguda incluyen dolor en los huesos y en las articulaciones y también, en algunos casos, inflamaciones en la boca, sobre todo en las encías, y agrandamiento del bazo y de los nódulos linfáticos. En cuanto a la leucemia crónica, ésta es más frecuente en los mayores de 35 años.

Felizmente, en pocas áreas se ha avanzado tanto como en el tratamiento de la leucemia. En la actualidad, cada vez son más los niños que le ganan la batalla a esta forma de cáncer. Si hay infecciones, los antibióticos se encargan de combatirlas, y las transfusiones de sangre corrigen la anemia. También se emplean distintas formas de quimioterapia. Hoy se calcula que hay hasta un 30% de casos de supervivencia hasta cinco años después de manifestarse la enfermedad, y algunas estadísticas señalan porcentajes ligeramente más altos aún.

A pesar de estas grandes conquistas, las mismas no deben inspirar un exagerado optimismo. El tratamiento es difícil, y la leucemia aguda exige la aplicación de técnicas altamente especializadas. Además, muchos de los medicamentos empleados ofrecen el riesgo de provocar serias reacciones colaterales, de modo que el médico debe ser sumamente cauto en la selección y dosificación de las drogas que empleará. Por fortuna, en distintos países, cada vez se están abriendo nuevos centros clínicos especializados, que se dedican casi exclusivamente al tratamiento de los casos de leucemia.

Casi todos los pacientes de leucemia exigen otros cuidados especiales, pues su organismo se hace mucho más susceptible a las infecciones. También puede aumentar la tendencia a sufrir hemorragias, a veces precipitadas hasta por una simple magulladura superficial. Cuando las hemorragias sobrevienen, las pérdidas de sangre tienden a ser más copiosas. En algunos pacientes, además, se observan las encías sangrantes.

Aunque aún está muy lejano el día en que pueda afirmarse que la leucemia es una malignidad conquistada y vencida por la ciencia médica, al menos sí puede decirse, responsablemente, que ya se ha abierto un vasto horizonte de esperanza en la lucha contra esta devastadora enfermedad, esperanza que, hasta hace algunos años, era muchísimo más reducida.

PROBLEMAS DE LA DENTA

Hay determinados problemas de la dentadura infantil que exigen una particular atención. Entre los más importantes, debemos hacer mención expresa de los siguientes:

• **Al niño le brotan muy pocos dientes.** Esto, a menudo, es consecuencia de una tendencia hereditaria. El dentista recurrirá a los rayos X para comprobar si efectivamente los dientes que faltan están ausentes, o si es sólo que no han brotado aún. La ausencia permanente de una o varias piezas puede exigir la adaptación de aparatos especiales a la boca del niño, para que la masticación pueda tener lugar normalmente. También es posible que el profesional quiera colocar "espaciadores interdentales", para que los espacios abiertos no se cierren, y luego los dientes permanentes puedan brotar normalmente.

• **Al niño pueden brotarle más dientes de la cuenta.** Si, entre las edades de dos a seis años, al niño le brotan más de 20 piezas, ello requiere que en seguida se consulte al dentista. Basta un solo diente extra (supernumerario) para dar lugar a serios problemas. Ese diente podría estar "empujando" a los otros, desplazándolos fuera de su lugar, o podría estar interfiriendo con el

EL SARAMPION

El **sarampión,** todavía hoy en día, es una de las enfermedades peor comprendidas. Muchas madres no le conceden la importancia que realmente tiene. Piensan que se trata de "una más" entre las muchas enfermedades de la niñez, por la que hay que pasar casi obligadamente. No se trata de ser alarmistas, pero debe subrayarse el hecho de que el sarampión es una de las enfermedades que puede dar lugar a complicaciones más graves.

Por eso, precisamente, resulta tan importante que los niños,

desarrollo de la dentadura permanente. (Ese diente supernumerario a veces aparece "disfrazado" como una protuberancia de la encía.)

• **Los dientes del bebé pueden ser muy blandos y amarillentos.** Esto es índice de una deficiente formación del **esmalte** (los dentistas se refieren a este defecto como "amelogénesis imperfecta"). Los empastes suelen ser necesarios en estos casos y, a veces, hay que recurrir a las coronas metálicas o de plástico blanco.

• **Los dientes tienen una apariencia como de "yeso blanco", con ciertas áreas oscurecidas.** Los dientes así afectados son susceptibles de un rapidísimo desgaste. Se trata de un caso de "dentinogénesis imperfecta" (deficiente formación de la dentina subyacente). Si se acude al dentista con rapidez, hay solución.

• **Los dientes brotan muy desiguales en cuanto a tamaño y forma.** Esto, en la mayoría de los casos, suele ser un fenómeno normal, y no implica que luego los dientes permanentes vayan a presentar esos mismos defectos. Es necesario que el dentista evalúe la situación para asegurarse de que esas irregularidades no exigen tratamiento.

a menos que su médico disponga lo contrario, no dejen de recibir la vacuna contra esta enfermedad.

Está ampliamente demostrado que, en los países y regiones donde la vacuna contra el sarampión ha sido prolijamente usada durante los últimos años, esta enfermedad ha llegado a ser erradicada casi de un todo.

El sarampión, producido por un virus, es una de las enfermedades más contagiosas de la niñez. A veces basta un brevísimo contacto con la persona afectada para "pescar" la enfermedad. La tos, que es uno de los síntomas del sarampión, es también el factor que más contribuye a que otras personas se contagien.

El período de incubación dura entre 10 y 12 días. Durante esta etapa, el virus comienza a desarrollarse dentro del cuerpo, aunque todavía no produce los síntomas característicos.

Tras el período de incubación, sobreviene una fase que dura de 4 a 5 días, durante los cuales parecerá que el niño

tiene un catarro bastante fuerte. A continuación, comienza la tos, y los ojos del pequeño paciente se notarán acuosos y enrojecidos, y comenzará la fiebre que, en los primeros momentos, no subirá mucho.

Aproximadamente en el cuarto día, la fiebre se eleva bastante y aparece la característica erupción, con puntos o manchitas de color rojo, más bien desvaído, a ambos lados de la parte superior del cuello, en la zona fronteriza entre el cabello y la piel, y también en las mejillas.

Esta erupción, en el término de breves horas, se extiende a todo el resto de la cara y del cuello, a los brazos y a la zona superior del torso.

Dentro de las 24 horas siguientes, la erupción continuará extendiéndose por la espalda, el abdomen y los muslos. En el segundo o tercer día, llegará hasta las piernas y los pies. Cuando éstos comienzan a ser invadidos por la erupción, la misma empieza a mitigarse en la cara.

En las zonas del cuerpo donde la erupción llega a manifestarse con mucha intensidad, es posible que la piel se "pele", y que esta situación se prolongue por espacio de varias semanas.

Cuando la erupción invade los pies, **si no han sobrevenido complicaciones,** la temperatura descenderá y el niño comenzará a sentirse mucho mejor.

Durante la fase en que la erupción es más virulenta y la fiebre es más alta, el pequeño paciente se sentirá sumamente mal, entre otras razones por lo mucho que le molestará la tos.

Si la tos persiste por más de 4 días, ello pudiera ser síntoma de neumonía, que es una de las complicaciones más graves a que el sarampión puede dar lugar. Si hay dolor de oídos, ello suele indicar que la misma enfermedad ha provocado una infección en el oído medio. Si se advierte un notable letargo, una somnolencia excesiva, o fuertes dolores de cabeza, es posible que tales síntomas indiquen una infección del sistema nervioso central, aunque debe señalarse que este último tipo de complicación no es de los más frecuentes.

Siendo el sarampión una enfermedad viral, los antibióticos no pueden curarla. Sin embargo, el uso de éstos resultará sumamente valioso si sobrevienen infecciones secundarias. Cuando dichas complicaciones no se presentan, el médico, por lo general, se limitará a tratar de reducir la fiebre mediante aspirinas, y también prescribirá algún jarabe antitusivo para aliviar al niño de la persistente tos.

Estos nódulos post-occipitales se presentan en los casos de rubéola, una enfermedad distinta del sarampión, pero también conocida como "sarampión alemán" o "sarampión de tres días". La rubéola es más benigna que el sarampión.

En cuanto a la alimentación del paciente, deberán seguirse las instrucciones que dé el médico. Hoy en día, las restricciones serán muy pocas, y la madre no debe extrañarse de que el profesional le permita, a un niño con sarampión, comer casi todo lo que él desee. Sin embargo, el niño, salvo raras excepciones, no reclamará mucho alimento, ya que lo más probable es que la enfermedad le haga perder el apetito.

Cuando el niño tiene sarampión, es casi seguro que espontáneamente preferirá permanecer en cama, pues no estará sintiéndose nada bien. No obstante, cuando va mejorando un poco y expresa su deseo de levantarse, debe permitírsele que lo haga, a no ser que el médico lo prohíba. Por lo general, el peligro de contagio desaparece al quinto día después del brote de la erupción.

Si el niño nunca ha sido vacunado contra el sarampión, y ha entrado en contacto con alguna persona que lo padezca, lo mejor será comunicárselo de inmediato al pediatra. Se estima que, dentro de los primeros días inmediatamente siguientes a la exposición al contagio, todavía es posible administrar la vacuna, con grandes probabilidades de que ésta surta sus efectos preventivos. Con muchas otras enfermedades contagiosas, esto no es posible. Una vez que el niño ha estado expuesto al contagio, es muy improbable que una vacuna tardía sea capaz de evitarle la enfermedad. Sin embargo, el

caso del sarampión felizmente constituye una excepción a dicha regla.

También es posible que el médico estime conveniente prescribir gamma-globulina. La gamma-globulina suele ser altamente eficaz, si se administra durante los cinco días inmediatamente siguientes a la exposición al contagio. Después de dicho plazo, puede administrarse de todos modos, si el médico lo juzga conveniente, pero ya su eficacia protectora habrá disminuido bastante.

Debemos insistir, una vez más, en los graves peligros del sarampión. Aparte de las complicaciones que ya hemos mencionado, existe la posibilidad de que el virus invada las delicadas estructuras del cerebro y de la médula espinal, dando lugar a complicaciones tan serias como la meningitis y la encefalitis. En tales casos, es probable que, además de una fiebre muy alta, sobrevengan delirios, náuseas, vómitos y dolores de cabeza extremadamente fuertes. Tales síntomas suelen exigir la inmediata hospitalización del niño. Y, si bien es cierto que la mayoría de los niños sobreviven al sarampión sin sufrir serias consecuencias negativas, lo más atinado es no correr riesgos innecesarios, tratando de que el niño quede debidamente inmunizado mediante la vacuna. Esta es una recomendación que las organizaciones internacionales de salubridad pública repiten insistentemente. Sin embargo, en muchos países, todavía es desafortunadamente alto el porcentaje de niños que jamás son vacunados contra el sarampión. La posibilidad de llegar a una erradicación total o casi total del sarampión, hoy en día, es un ideal perfectamente realizable, pero el lograrlo depende, en gran medida, del interés que los padres se tomen en que sus hijos no dejen de ser vacunados. Sin embargo, la opinión del pediatra siempre debe ser consultada, ya que existen casos excepcionales en los que la vacuna no debe ser administrada, o debe ser pospuesta por un poco de tiempo.

Señalemos, por último, que los recién nacidos generalmente están protegidos contra el sarampión durante sus primeros seis meses de vida. Esto es así porque casi todas las madres tienen en sus organismos anticuerpos que las protegen contra esta enfermedad, y se los transmiten a la criatura a través de la placenta. Esa protección natural de que el recién nacido goza, comienza a atenuarse después del sexto o séptimo mes de vida y, cuando el niño cumple su primer año, casi siempre la protección ha desaparecido ya de un todo.

LA MONONUCLEOSIS

Aunque esta enfermedad es más bien característica de los adolescentes y adultos jóvenes, también puede sobrevenir ocasionalmente en los niños.

La mononucleosis es causada por un virus, que finalmente pudo ser identificado hace unos pocos años. Los médicos, abreviadamente, le llaman el virus E-B.

El curso de la **mononucleosis infecciosa** es sumamente variable. Sin embargo, por lo general, las sensaciones de fatiga y malestar que la enfermedad produce en la mayoría de los pacientes, son mucho más intensas en los adolescentes y en los adultos jóvenes que en los niños.

La causa de que la enfermedad reciba el nombre de "mononucleosis" se debe al hecho de que una de sus características es la presencia en la sangre de glóbulos blancos anormales, que contienen un solo núcleo, razón por la cual esas células son llamadas "mononucleares".

Muchas personas piensan que la inflamación del bazo es uno de los síntomas característicos de la mononucleosis. Sin embargo, no es así. Esa inflamación del bazo sólo sobreviene en un porcentaje muy reducido de los pacientes.

En un buen número de casos, la mononucleosis infecciosa no produce síntomas. Cuando éstos se manifiestan, generalmente consisten en fiebre, ardor o dolor de garganta, inflamación de los nódulos linfáticos por todo el cuerpo (pero principalmente en el cuello), dolores de cabeza, y una molesta sensación de malestar general. En algunos pacientes de mononucleosis, puede presentarse una erupción de puntitos rojos muy finos, sobre todo en el pecho, el abdomen y la espalda, pero esto sólo ocurre aproximadamente en un 15% de los casos.

También hay casos en los que el hígado puede resultar afectado, e inclusive llegan a manifestarse la hepatitis y la ictericia, aunque con pocos síntomas externos. El médico generalmente descubrirá si estas complicaciones están presentes, a través de un análisis de sangre.

En un buen número de pacientes, se presenta un agranda-

miento del bazo, que produce pocos síntomas externos.

No es mucho lo que la ciencia médica, hoy en día, puede hacer en los casos de mononucleosis. Normalmente, los médicos prescriben descanso, algún régimen alimenticio especial, y aspirina para aliviar las molestias de la garganta. (En los casos más serios, el reposo en cama debe ser casi absoluto, aunque no es necesario llegar a ese extremo en los casos más benignos.) Si las amígdalas y las adenoides llegan a inflamarse mucho, al extremo de dificultar la respiración, cosa que no es frecuente, posiblemente sea necesario hospitalizar al paciente. Por suerte, los tratamientos a base de esteroides suelen resultar muy eficaces en estos casos.

No es posible predecir con certeza cuánto tiempo se prolongará la mononucleosis en un paciente. Puede decirse, en principio, que es una infección persistente que tiende a prolongarse por bastante tiempo. Son muy comunes los casos en que perdura por espacio de un mes o seis semanas, y a veces llega a mantenerse hasta 16 meses. Sin embargo, si se sigue fielmente el tratamiento prescrito por el médico, lo más probable es que la mononucleosis no deje serias consecuencias ni aun en aquellos casos en que persiste por largo tiempo.

LA PAPERA

La papera es otra de las enfermedades más frecuentes de la niñez y, por suerte, es muy benigna en la gran mayoría de los casos. Su agente es un virus. El síntoma más notable es la inflamación de las glándulas salivales en el ángulo del maxilar. La glándula salival que resulta específicamente afectada es la parótida. (Otras glándulas salivales también pudieran verse afectadas, pero la inflamación de la parótida es la que prevalece en la inmensa mayoría de los casos de papera.)

La inflamación se presenta acompañada de fiebre, dolores de cabeza y pérdida del apetito. En los casos típicos, todos estos síntomas desaparecen al cabo de una semana.

Por lo general, el médico se limitará a prescribir aspirina y compresas frías. Probablemente ordene que no se le den al niño bebidas ácidas, como la limonada, el jugo de naranja, etc.

La razón de dicha prohibición es que tales bebidas estimulan la producción de saliva, lo que puede aumentar el dolor localizado en la glándula inflamada. No es extraño que la fiebre suba bastante, pero generalmente la aspirina, en las dosis que el médico ordene, bastará para controlarla.

Aunque no es frecuente que la papera presente complicaciones, llame al médico en seguida si la fiebre llega a subir exageradamente, si el niño se queja de muy fuertes dolores de cabeza, si vomita, o si hay delirio o confusión mental.

Si en la casa hay varios niños, lo más probable es que la papera vaya manifestándose escalonadamente en los demás, a intervalos aproximados de dos semanas. Si transcurren tres semanas y los otros niños no se han enfermado, lo más probable es que "escapen". (Además, hoy en día, la vacuna contra la papera es obligatoria en algunos países.)

El peligro de contagio suele desaparecer cuando ya han transcurrido 24 horas desde la desaparición de la inflamación. El niño enfermo estará sintiéndose entonces bastante bien, y nada impide que reanude sus actividades usuales, a menos que el médico le ordene descansar por un par de días más.

Igual que vimos al tratar del sarampión, el recién nacido suele estar protegido naturalmente contra la papera por espacio de los seis primeros meses. A dicha edad, su inmunidad irá debilitándose gradualmente. Cuando el niño cumple su primer año, probablemente ya no cuente con esa protección.

En el caso de los varones, muchas madres se preocupan ante el temor de que la papera llegue a afectar a los testículos. Debemos señalar que estos casos son mucho más frecuentes en el varón ya adulto, pero bastante escasos en los niños todavía pequeños. Además, son muy raros los casos en que ambos testículos llegan a ser afectados por la enfermedad. Por lo general, si ésta se extiende a los testículos, es a uno solo de ellos, no a los dos. La posibilidad de que la papera produzca infertilidad permanente, aunque existe, es bastante remota. Aunque uno de los testículos llegue a ser permanentemente dañado, generalmente el otro continúa su función fisiológica normal, de modo que la esterilidad no se produce.

También cabe la posibilidad de que, en los niños, la papera provoque una inflamación del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis), pero las probabilidades de que ello ocurra son muy reducidas. Si la infección se extiende al nervio auditivo, puede haber pérdida del oído, pero esta posibilidad tam-

bién es bastante remota y no debe alarmar a los padres.

De todos modos, hoy en día existe, desde hace ya varios años, la vacuna contra la papera, de modo que esta enfermedad ya no es tan frecuente como lo era en el pasado.

LA DISTROFIA MUSCULAR

La **distrofia muscular** es una enfermedad progresiva. A medida que avanza, el paciente se va viendo cada vez más imposibilitado físicamente. Se va produciendo un desgaste de los músculos de todo el cuerpo, especialmente de aquéllos que normalmente responden a un control voluntario. Las razones de esto nunca han sido bien esclarecidas. Por lo general, los músculos de las piernas son los que resultan mayormente afectados.

La enfermedad no se presenta de modo igual en todos los pacientes. En los niños, especialmente en los varones, los síntomas suelen manifestarse con una creciente debilidad en los músculos de las caderas y de los muslos. Dichos síntomas generalmente aparecen antes de que el niño cumpla los tres años de edad. Entonces comenzará a notarse que no camina normalmente, que no puede correr, que se cae con frecuencia y que tiene dificultad para subir escaleras. Este proceso va agravándose, y llega a sus peores fases, en la mayoría de los casos, después que el niño ha cumplido ocho años.

Uno de los problemas relacionados con la distrofia muscular es que el niño se vuelve más susceptible a la neumonía, debido a su capacidad limitada para toser y expandir el pecho. El desequilibrio y la debilidad de los músculos de la espalda también pueden dar lugar a una curvatura de la columna vertebral. Además, como el niño se ve forzado a mantenerse bastante inactivo, puede surgir un problema de obesidad.

Las anomalías musculares, a su vez, producen trastornos articulatorios, que a veces degeneran en deformidades físicas, las que contribuyen a limitar más la coordinación motora del pequeño paciente.

Siempre que sea posible, es preferible que los casos de distrofia muscular sean atendidos en algún centro clínico altamente especializado. Por fortuna, ya existen varios en las principales ciudades alrededor del mundo.

No hay una cura definitiva para la distrofia muscular, pero sí existen excelentes tratamientos que son capaces de mantener al niño "funcionando" normalmente durante el mayor período de tiempo posible. El médico explicará a los padres cuáles son los ejercicios físicos que el niño debe hacer. Gracias a estos tratamientos, la situación de los niños que padecen de distrofia muscular, hoy en día, es mucho menos trágica que en el pasado.

El médico también prescribirá un régimen alimenticio para asegurarse de que el niño enfermo no abuse del consumo de calorías, con vistas a evitar que surja un problema de obesidad. En algunos casos, se recurrirá a la cirugía para corregir ciertas deformaciones.

Estos pacientes requieren que, si se les presenta cualquier infección respiratoria, la misma sea prontamente atendida. Si el niño se enferma, sus ejercicios físicos, por lo general, en lugar de ser suspendidos, deben ser intensificados, a menos que el médico disponga otra cosa, ya que resulta importantísimo evitar que surjan otras complicaciones provocadas por la inactividad del descanso en cama.

LA FIEBRE REUMATICA

La **fiebre reumática** está considerada como una complicación secundaria en los casos de infecciones producidas por el "estreptococo beta hemolito". En general, la fiebre reumática sobreviene después de una infección del tracto respiratorio superior (la mayor parte de las veces, después de una amigdalitis), aunque puede ser también debida a una infección de la piel, pero siempre por la acción del estreptococo que la provoca.

Es una enfermedad sistémica, acompañada de artritis en las articulaciones mayores, fiebre, lesiones cardíacas, erupciones de la piel, endurecimientos subcutáneos y, en algunos casos, se presenta con una serie de movimientos anormales del cuerpo del paciente (corea o "mal de San Vito").

La fiebre reumática es una enfermedad conocida desde la más remota antigüedad. Los griegos ya la citaban en sus libros, pero, durante siglos, fue muy poco lo que se conoció de ella. Hoy, en cambio, gracias a los avances de la bacteriología y a las pruebas serológicas, es fácilmente diagnosticable y tratable. Sin

embargo, pese a estos adelantos, la fiebre reumática continúa siendo actualmente una de las causas principales de un buen número de cardiopatías.

Esta enfermedad es más frecuente entre los cinco y los 15 años de edad y, de modo especial, entre los seis y los ocho. También es más frecuente en el invierno y en la primavera. Hasta hace pocos años, se consideraba que la fiebre reumática era una enfermedad mucho más generalizada en los climas fríos, pero en realidad no es así, ya que se manifiesta en todos los climas con frecuencia aproximadamente igual. Las condiciones socioeconómicas también influyen. Así, está más extendida entre las clases pobres, por la mayor facilidad del contagio, ya que, en esas capas de la población, hay menos atención médica y condiciones higiénicas más deficientes.

La fiebre reumática ataca por igual a niños y niñas y, aunque algunos investigadores han citado una cierta propensión hereditaria a contraer la enfermedad, no parece ser cierto que el factor hereditario tenga intervención en el problema.

Las primeras manifestaciones clínicas de la fiebre reumática no aparecen inmediatamente después de la infección, sino pasado algún tiempo. Justamente por esto es que resulta tan importante que, frente a una infección sospechosa, el médico indique un cultivo, para determinar qué tipo de germen la provoca. Si se trata del "estreptococo beta hemolítico", el tratamiento indicado suele ser penicilina, en las dosis que el médico señale, durante 10 días consecutivos.

Después que un niño ya ha sido afectado por la fiebre reumática, se impone entonces un tratamiento prolongado, que generalmente consiste en una dosis mensual de penicilina durante bastante tiempo (muchas veces varios años) y, si el pequeño paciente va a ser sometido a alguna operación, antes habrá que darle una dosis de penicilina, a modo de protección.

Los pediatras son extremadamente cuidadosos con sus pacientes afectados por la fiebre reumática, no tanto por las consecuencias inmediatas de la enfermedad, sino por sus terribles consecuencias futuras.

Aunque casi todos los síntomas de la fiebre reumática suelen desaparecer sin dejar huellas, lo característico de esta enfermedad es que el corazón sí queda seriamente afectado en muchos casos. El músculo cardíaco, su revestimiento interior, sus válvulas y el pericardio pueden inflamarse, obligando al corazón a realizar un esfuerzo muchísimo mayor.

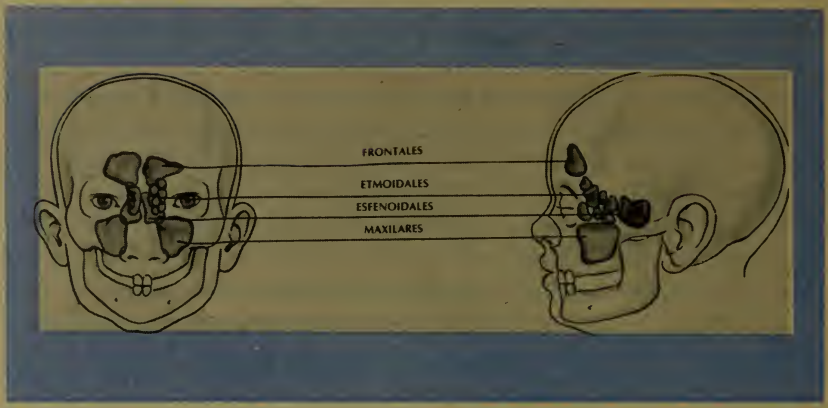
Los efectos de la fiebre reumática varían mucho de un caso a otro. Así, tenemos al niño que prácticamente está a las puertas de la muerte, debido a un fallo cardíaco. Y también tenemos el caso del pequeño que sólo sufre una ligera fiebre y una pequeña inflamación de los tobillos, la que no se prolonga más allá de uno o dos días. En este segundo caso, es posible que, cuando ese niño llegue a la edad adulta, se le descubra que tiene un soplo cardíaco mínimo. En la práctica, la mayoría de los casos de fiebre reumática suelen caer entre estos dos extremos.

El tratamiento variará de acuerdo con los síntomas que estén presentes. Generalmente incluye dosis de penicilina, que sirven para eliminar el remanente de estreptococos que pudieren quedar después de la infección. La aspirina se usa para controlar la fiebre y la inflamación de las articulaciones, y se recurre a las hormonas similares a la hidrocortisona para disminuir la inflamación de las válvulas cardíacas, en los casos más serios. También el médico puede ordenar medidas especiales, como la prescripción de digital para contrarrestar el fallo cardíaco.

En algunos casos, es necesario que el niño continúe siendo tratado con la penicilina por espacio de muchos años y, a veces, por el resto de su vida, con vistas a evitar una recurrencia de la infección provocada por los estreptococos. Si la infección recurre, se producirá una agravación de la lesión cardíaca anterior. En los casos necesitados de cirugía, ésta generalmente puede posponerse hasta que el niño llegue a la edad adulta.

El médico indicará si la penicilina debe administrarse oralmente, en dosis diarias, o si es preferible suministrársela al paciente en inyecciones mensuales. Y, desde luego, aunque el niño parezca evolucionar normalmente, el profesional insistirá en someterlo a reconocimientos periódicos de rutina.

Otra consecuencia de la fiebre reumática, que por suerte resulta poco usual, es el llamado "mal de San Vito", que puede presentarse, sin que concurran otros síntomas, meses después de la infección. El "mal de San Vito", o corea, consiste en un desorden del funcionamiento nervioso, caracterizado por movimientos espasmódicos e involuntarios del cuerpo, torpeza física y falta de coordinación, articulación deficiente del habla, y una caligrafía muy pobre. En casos extremos los movimientos involuntarios llegan a ser tan violentos, que el niño requiere un tratamiento a base de sedantes y otros cuidados especiales. Aunque este trastorno puede prolongarse por semanas y hasta por meses, la recuperación del paciente suele ser completa.



LA SINUSITIS

Los senos nasales son cavidades óseas localizadas en el cráneo y en la cara, que se comunican con la nariz a través de pequeñas aberturas. Están situados en el hueso maxilar, en la frente (justamente encima de los ojos, y se les llama **senos frontales**), detrás de la nariz, y también a ambos lados de las cavidades oculares (**senos etmoidales** y **esfenoidales**, respectivamente).

En los bebés y en los niños de muy corta edad, solamente los **senos maxilares** y **etmoidales** se encuentran desarrollados. Los **senos nasales** se desarrollarán más tarde.

Todos ellos tienen en común la presencia de una misma mucosa o tejido epitelial, muy similar a las mucosas de la nariz. Las inflamaciones de las mucosas nasales, ya sean causadas por infecciones o por alergias, invariablemente afectan la mucosas de los senos, que son susceptibles de inflamarse y de disminuir sus secreciones.

En muchas ocasiones, las inflamaciones son de poca monta y no ocurre nada notable, fuera de alguna ligera y pasajera molestia. En otros casos, sin embargo, la inflamación puede ser lo bastante severa como para provocar otros síntomas de mayor importancia y, cuando esto sucede, nos encontramos entonces frente a un caso de sinusitis.

Lo que ocurre es que se inflaman las pequeñas aberturas que comunican los senos con la nariz, de modo que las secreciones de dichos senos y el pus se acumulan, en lugar de drenar a través de la nariz. El médico suele acudir a los rayos X para diagnosticar la sinusitis. La radiografía revelará una nebulosidad en esos pequeños pasajes que, normalmente, sólo contienen aire.

Cuando la sinusitis se debe a una infección, generalmente so-

breviene **después** de un catarro. La tos es uno de los síntomas, que a veces llega a ser bastante fuerte y, en ocasiones, sobrevienen vómitos. Los síntomas casi siempre se agravan mucho durante la noche, ya que el niño, por no estar en un estado alerta, no traga el mucus, que entonces se acumula más. Es posible que, a consecuencia de todo esto, duerma mal y se sienta muy irritable durante el día.

Los bebés y los niños más pequeños pierden el apetito, y a veces se atragantan cuando se les da el alimento. Los que son un poco mayorcitos probablemente se quejarán de un agudo dolor "detrás del ojo", o de dolores en las piezas dentarias. Cuando los senos etmoides se inflaman, también puede haber inflamación de la piel alrededor de los ojos y de la nariz.

Si el niño padece de catarros sumamente frecuentes, casi sin intervalos entre uno y otro, es probable que el problema obedezca a una infección crónica de los senos nasales, que de tiempo en tiempo adquiere caracteres agudos. En estos casos, los enfriamientos, la natación, la fatiga, los cambios bruscos de temperatura y el contacto con sustancias alérgenas, son los factores que con frecuencia producen agravación del cuadro clínico.

El médico recurrirá a los medicamentos vasoconstrictores para reducir la inflamación de las mucosas. Esto, a su vez, reducirá la obstrucción de los pasajes y permitirá el flujo de las secreciones. Probablemente el profesional recete gotas nasales que los padres, en la casa, deberán aplicar al niño tres veces diarias o con la frecuencia que el médico indique. También es probable que el médico les explique a los padres la forma en que deben usar un aspirador nasal para extraer las secreciones que puedan acumularse en las fosas nasales. En casi todos los casos, el médico indicará que se utilice el aspirador dos o tres minutos después de haberse aplicado las gotas. En muchos casos, recomendará que las gotas vuelvan a usarse inmediatamente después de haberse empleado el aspirador.

En algunos casos, ya que no en todos, es posible que el médico resuelva acudir a los antibióticos en el tratamiento de la sinusitis. La cirugía suele ser necesaria solamente en casos muy excepcionales.

Cuando el pediatra identifica a un niño como demasiado susceptible a la sinusitis, probablemente indicará a los padres que, cada vez que se inicie un catarro, se usen gotas nasales durante los dos o tres primeros días, para evitar así una infección de mayor envergadura.

EL TETANOS

El **tétanos** es, sin duda, una de las enfermedades más dramáticas con que podemos encontrarnos. Cuando se ha declarado totalmente, el paciente experimenta dolorosos espasmos de todos los músculos, y los maxilares pueden "trabarse" rígidamente. El cuerpo entero puede verse rígido como un tablero, con la cabeza y el cuello hacia atrás, y la espalda arqueada. Los brazos y las piernas también se ven rígidos y tensos, los puños apretados. Los espasmos musculares del rostro pueden hacer que las cejas se eleven, y que las comisuras de los labios se proyecten hacia abajo y hacia afuera, de modo que toda la cara parece estar contraída en una mueca.

Es normal que, al verse así, el paciente se sienta espantosamente atemorizado y sude profusamente. Desde luego, hay períodos de relajación entre un espasmo y otro, pero esos períodos a veces llegan a ser tan sumamente fugaces, que sobrevienen serias dificultades respiratorias.

Las bacterias productoras del tétanos normalmente se encuentran en la tierra, particularmente si ésta se halla contaminada por las heces fecales de los animales, que a veces son portadores de tales bacterias en su aparato digestivo. Ello explica por qué una herida, causada por un clavo oxidado, en una zona rústica, generalmente provoca el tétanos. Sin embargo, el mismo tipo de herida, en una residencia urbana, rara vez da lugar a dicha enfermedad.

Dichas bacterias solamente se multiplican en un medio ambiente donde haya poco oxígeno. Por eso, las heridas en los pies, sobre todo si los tejidos han resultado muy dañados, constituyen un peligro de tétanos, igual que las quemaduras.

En las zonas atrasadas, donde imperan muy pobres condiciones higiénicas, el tétanos del ombligo, en los recién nacidos, es sumamente común, pues muchas veces el cordón umbilical es cortado con instrumentos que se encuentran contaminados. Una magulladura en la cara, que es una zona no cubierta del cuerpo, y que generalmente goza de un excelente suministro de oxígeno, muy pocas veces dará lugar a un caso de tétanos.

Para prevenir el tétanos, suele ser un factor decisivo la rapidez con que se actúe. Una concienzuda limpieza de la herida, para eliminar el tejido muerto que tiene una baja provisión de oxígeno, es esencial para evitar que las bacterias nocivas se multipliquen. Estas bacterias, en sí mismas, no causarán mucho daño. Son las toxinas químicas que ellas producen las que hacen el mal, no tanto en el mismo lugar donde se encuentra localizada la infección, sino más bien en los nervios y en los músculos de todo el cuerpo, a donde las toxinas llegan, conducidas por el torrente circulatorio.

Por suerte, aun en el caso de las heridas sucias, que contengan bacterias productoras del tétanos, es posible evitar que éste llegue a manifestarse, gracias a una inyección sumamente eficaz para estimular la producción de anticuerpos que se opongan al peligroso ataque de las toxinas.

Para señalar lo importante que es que se reciba esta vacuna, bastará señalar el hecho de que, durante toda la II Guerra Mundial, en los Estados Unidos, hubo más muertes en la población civil no combatiente, causadas por el tétanos, que entre los soldados que, en el campo de batalla, recibieron heridas capaces de ocasionar el tétanos. ¿La explicación de esto? ¡Sencillamente que los soldados habían sido inmunizados!

Las dosis de reactivación de esta vacuna, que generalmente se combina con la antidiftérica, deben repetirse, como cosa rutinaria, cada 10 años, a lo largo de toda la vida, o siempre que se reciba alguna herida, si es que han transcurrido cinco años desde que se recibió la última dosis de reactivación.

Antiguamente, con los sueros antitetánicos que se usaban, había que estar pendientes de una larga serie de contraindicaciones. Ciertos alimentos, por ejemplo, debían ser evitados durante un buen número de días, pues podían sobrevenir complicaciones e intoxicaciones, a veces graves. Con las vacunas empleadas actualmente, casi nunca hay que tener tales preocupaciones, salvo que el médico señale alguna prohibición.

Está de más decir que la vacuna antitetánica, importante como medida preventiva para todos los niños, lo es más aún para aquéllos que vivan en el campo o que vayan a ir, de excursión o de vacaciones, a una hacienda o finca rústica, pues entonces la peligrosidad es mayor, conforme a lo que ya dejamos explicado en los párrafos precedentes. Saber que el niño ha recibido la vacuna representa una gran tranquilidad para los padres.

LOS DOLORES DE GARGANTA

Durante la niñez, todos los dolores de garganta deben recibir una seria atención profesional. Es cierto que, en la mayoría de los casos, resultan normales, pasajeros e inofensivos, de modo que desaparecen sin dejar huellas. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de que un dolor de garganta, producido por estreptococos, dé lugar ulteriormente a un cuadro de **fiebre reumática,** enfermedad que puede representar graves complicaciones para el corazón. (Véase, en este mismo libro, el epígrafe que trata ampliamente de dicha enfermedad.)

Aparte de la fiebre reumática, de la que ya se habló, el ataque de los estreptococos a la garganta puede llegar a provocar una inflamación de los riñones, llamada **glomerulonefritis,** que determina la presencia de sangre y de proteína en la orina, y que puede provocar hipertensión arterial.

Las infecciones de la garganta reciben el nombre de faringitis. Si las amígdalas aún no han sido extirpadas, es probable que también resulten afectadas por la infección, y entonces se dice que el niño padece de **amigdalitis.** (De los problemas concernientes a las amígdalas y las adenoides, nos ocupamos más adelante en este libro.)

Fue apuntada por algunos investigadores, varios años atrás, la idea de que la tendencia a padecer frecuentemente de **faringitis** pudiera tener un carácter hereditario. Esta teoría, aunque no ha sido enteramente descartada, no goza de favor en los círculos médicos actuales. El solo hecho de que, en una misma familia, los padres padezcan de faringitis y los hijos también presenten el mismo padecimiento, como ocurre en algunos casos, ciertamente no basta para probar la intervención de un factor genético o hereditario. Lo más probable es que la causa sea ambiental, ya que a menudo los miembros de una misma familia están expuestos al ataque de un mismo tipo de gérmenes productores de estos trastornos. ¡Pero hoy en día se tiende a querer echarles la culpa de todo a los cromosomas!

La mayoría de las infecciones de la garganta son causadas por virus o por bacterias. Para la mayoría de las infecciones

virales, todavía no existen tratamientos eficaces. Por regla general, el médico deberá permitir que sigan su curso, limitándose a tomar ciertas medidas para aliviar el malestar del niño enfermo o para prevenir indeseables complicaciones.

El síntoma más obvio de infecciones en la garganta es el dolor y el ardor, que se presenta con diferentes grados de intensidad. A veces, es muy ligero; otras, por el contrario, llega a constituir una molestia casi insoportable. Las secreciones nasales, la tos, la fiebre, los dolores de cabeza, de estómago y de oídos, la inflamación de las glándulas, y las erupciones, también pueden ser síntomas que acompañen a esta infección.

En el caso de los niños ya mayorcitos, los padres y el médico se sentirán mejor orientados, pues el propio niño hablará de los síntomas que le molestan. Tratándose de bebés o de niños muy pequeños, habrá que observar atentamente su comportamiento, para tratar de obtener alguna "pista". Si el niño llora mucho, si se le nota majadero, excitable o irritable, si le cuesta trabajo dormir, si rechaza la comida o la bebida, si se le nota la piel enrojecida y tiene fiebre, es muy probable que la garganta le esté molestando, y lo único indicado es llamar al médico.

Si el niño es mayorcito y se queja una o dos veces de dolor de garganta, pero luego ni siquiera vuelve a mencionar el asunto, no cometa el error de ignorar el problema, creyendo que se trata de algo sin importancia. Probablemente sea así, **pero notifique al médico de todos modos.**

No se extrañe, cuando usted acuda al médico por un dolor de garganta del niño, si el profesional quiere analizar un cultivo de los tejidos. Esto no es nada alarmante. Es un paso necesario para determinar si la infección de la garganta ha sido producida por estreptococos o por virus. Tampoco se sorprenda si el médico resuelve esperar 24 horas antes de iniciar un tratamiento. Este plazo de espera no ofrece ningún peligro. Al contrario, resulta ventajoso. En primer término, el médico podrá asegurarse de la verdadera causa de la infección. Además, el organismo del niño tendrá la oportunidad de producir sus propios anticuerpos, es decir, sus defensas naturales contra la infección. Unicamente en los casos en que sean muy notables los indicios de que efectivamente se trata de una infección provocada por los estreptococos, el médico decidirá iniciar un tratamiento inmediato, probablemente a base de penicilina. Después de obtener los resultados del cultivo, podrá

decidir si continúa con el mismo tratamiento o lo suspende.

Es muy posible que el médico prescriba aspirina, para disminuir la fiebre y aliviar el dolor de garganta de su pequeño paciente. Las gárgaras, aunque algunos médicos las califican de inútiles, indudablemente sirven para aliviar la sensación de resequedad en la boca y en la garganta. Desde luego, éste es un recurso que solamente es aplicable en el caso de los niños un poco mayorcitos. En casi todos los casos, es suficiente que las gárgaras se hagan simplemente con agua tibia.

Si el médico ratifica que la causa de la infección son los estreptococos, entonces prescribirá un tratamiento a base de antibióticos (penicilina generalmente). En la inmensa mayoría de los casos, los antibióticos suelen bastar para erradicar una infección provocada por estreptococos o, por lo menos, logran disminuir su número en medida suficiente para contrarrestar el peligro de que sobrevenga la fiebre reumática.

Tenemos que insistir, una vez más, en el hecho de que la fiebre reumática y la glomerulonefritis sólo sobrevienen en un porcentaje **mínimo** de casos. Sin embargo, como no existe forma de predecir si se presentarán o no se presentarán estas complicaciones, lo más atinado es tomar siempre todas las precauciones, de acuerdo con las indicaciones del pediatra.

Si el médico prescribe penicilina, es esencial administrársela al niño **por todo el término que el profesional señale.** Generalmente, el médico indicará un término de 10 días, o quizá un poco más. No debe suprimirse antes de ese término la administración del antibiótico, aunque el niño parezca estar ya completamente bien. Si el medicamento se suspende prematuramente, es probable que no se elimine el riesgo de que sobrevengan complicaciones.

Las aspirinas y las gárgaras podrán suprimirse cuando el niño se sienta mejor, **pero no el antibiótico.**

La erupción que aparece con las infecciones de la garganta provocadas por estreptococos, es conocida como **escarlatina.** Dicha erupción es causada por una toxina química que los estreptococos elaboran. Comienza entre 12 y 72 horas después de que el niño comienza a quejarse de dolor o ardor de garganta. Por lo general, brota en el cuello, en las axilas y en las ingles, para extenderse luego al tronco y a las extremidades. La erupción consiste en pequeñas manchas rojas, muy agrupadas, que se aclaran o adquieren una tonalidad blanquecina si se ejerce presión sobre ellas.

En el pasado, la escarlatina asustaba mucho a los padres. Hoy en día, la situación es distinta, ya que los mismos antibióticos usados para prevenir la fiebre reumática, también son eficaces para curar la escarlatina. Si el niño está tomando antibióticos y la escarlatina se presenta de todas maneras, será muy benigna y de muy corta duración. De todos modos, si la erupción brota, debe hacérsele saber al médico.

Las infecciones causadas por estreptococos son sumamente contagiosas. Por esto, precisamente, es que resultan más frecuentes en los niños de edad escolar, con relación a los pequeños que todavía no están asistiendo a la escuela. Si dos hermanitos comparten en casa la misma habitación, y uno de ellos contrae la infección, lo más probable es que el otro también "caiga". Además, varios especialistas señalan que es muy probable que los factores emocionales, como la ansiedad y la fatiga, también influyan en que se manifiesten las infecciones provocadas por los estreptococos.

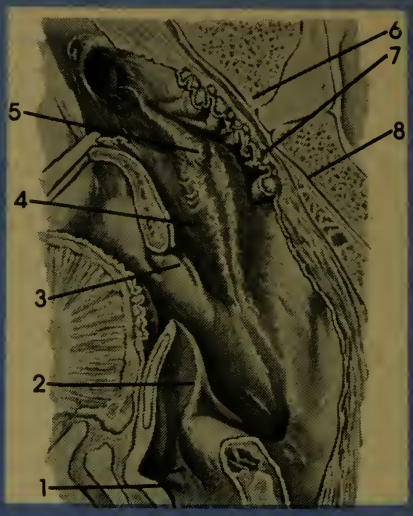
No se extrañe, cuando lleve a su niño al médico, de que éste sugiera tomar cultivos de los tejidos de la garganta a todas las personas —tanto adultos como niños— que viven en la misma casa.

Muchos padres preguntan si la extirpación de las amígdalas servirá para prevenir estas peligrosas infecciones. Más adelante, cuando tratemos de la amigdalitis, se hablará extensamente sobre esto.

PROBLEMAS DE LAS AMIGDALAS Y LAS ADENOIDES

Por su estructura y sus funciones, las amígdalas y las adenoides son similares a los nódulos linfáticos ubicados en otras partes del cuerpo. Igual que otros tejidos linfoides, también las amígdalas y las adenoides se encargan de producir anticuerpos cuando el organismo está reaccionando frente al ataque de una infección.

Si usted mira atentamente a la garganta del niño, podrá reconocer las amígdalas, una a cada lado, junto a la base



Sección derecha de la faringe de un recién nacido

1 - Laringe
2 - Epiglotis
3 - Amígdala lingual
4 - Amígdala palatina
5 - Tubo auditivo
6 - Amígdala faríngea
7 - Receso lateral
8 - Bolsa

de la lengua. Se ven como pequeñas masas rojizas de forma ovalada. Para ver las adenoides, en cambio, se necesitará un pequeño espéculo, como el que usan los médicos y los dentistas cuando examinan la boca y la garganta de sus pacientes.

Las adenoides son masas esponjosas, localizadas en la parte posterior y superior de la garganta, frente a los pasajes nasales.

Ni las amígdalas ni las adenoides causan infecciones, como algunas personas erróneamente suponen. Lo que ocurre es que son los lugares donde se asientan los virus y las bacterias cuando atacan a la nariz o a la garganta.

Los síntomas de la **amigdalitis** y la **adenoiditis**, en general, son muy similares a los que ya hemos descrito antes, en este mismo libro, cuando tratamos del catarro común (p. 334) y también de los dolores de garganta (p. 372). Nadie puede garantizar que las infecciones del tracto respiratorio superior vayan a desaparecer si las amígdalas y las adenoides se extirpan quirúrgicamente, pero sí es posible que se reduzcan la frecuencia y la severidad de dichas infecciones.

Hoy en día, los médicos son mucho más conservadores que antes, en lo que se refiere a recomendar la operación de las amígdalas, pues cada vez es mayor la evidencia en el sentido de que las amígdalas cumplen una importante función preventiva, al evitar que un sujeto inmune al ataque de ciertos gérmenes pueda convertirse en portador de éstos, que, aunque no le hagan daño a él personalmente, actuarán como agentes

de contagio que transmitirán diversas infecciones a otras personas.

El tratamiento médico, no quirúrgico, de la amigdalitis suele ser similar al que el médico prescribe cuando hay un catarro común o un dolor de garganta. Es decir, el profesional tratará de determinar cuál es el organismo causante de la infección y, si se sospecha o se confirma la presencia de estreptococos, prescribirá algún antibiótico.

Es muy natural que, cuando un niño tiene amigdalitis, sus padres deseen saber si **es necesario operarlo o no.** En el caso de la inmensa mayoría de los niños, la respuesta es no. Por ejemplo, entre las edades de 2 y 6 años, los médicos entienden que no resulta alarmante que un niño sufra hasta tres o cuatro ataques de amigdalitis en el año. Es en esas edades que las amígdalas alcanzan su tamaño máximo, llegando a ser bastante prominentes. Sin embargo, después de los seis años y particularmente en la adolescencia, ese tamaño se reducirá muchísimo, y comúnmente los casos de amigdalitis ocurrirán con frecuencia mucho menor.

Si el médico observa que, en el niño, cada ataque de amigdalitis sólo dura unos pocos días, tras los cuales cede la inflamación de las amígdalas, no aconsejará la operación.

En cambio, si el niño sufre cinco o más ataques en el año, y esto le ocurre en dos años o más, no en uno solo, entonces el profesional se inclinará a recomendar la operación, más aún cuando esos distintos ataques de amigdalitis tienen tendencia a presentarse acompañados de una fiebre muy alta.

Los padres deben recordar que ningún médico puede garantizarles que, mediante la operación, automáticamente van a disminuir los catarros y otras infecciones respiratorias en el niño, aunque lo normal es que así suceda. Sin embargo, si no ocurre así, no se culpe por ello al médico, pues hay algunos casos en los cuales la presencia o ausencia de las amígdalas no parece influir sobre la frecuencia mayor o menor de las infecciones respiratorias.

En algunos niños, es posible que las amígdalas lleguen a agrandarse tanto, que le dificulten el tragar. En tales casos, la operación también se juzga necesaria.

Igual ocurre en los casos de infección crónica o cuando en las amígdalas se forman abscesos. Aunque el absceso responda al tratamiento con antibióticos, generalmente deja una cavidad que puede ser foco de abscesos futuros. Por eso, casi

todos los médicos optan por operar en estos casos.

En cuanto a las adenoides, si éstas se agrandan demasiado, es muy posible que dificulten la respiración nasal. En los bebés que tienen este problema, a veces se nota un persistente "goteo" nasal, síntoma que el pediatra querrá evaluar cuidadosamente, antes de llegar a conclusiones. En los casos más serios de adenoides, el niño se acostumbrará a respirar por la boca, su habla no será muy clara y, en ocasiones, hasta se presentarán deformidades dentarias. La inflamación crónica de las adenoides también suele producir tos, que tiende a agravarse durante la noche.

Es probable que el niño que respira por la boca, también ronque cuando duerme. Sin embargo, si los síntomas no pasan de esto, es probable que el médico no recomiende la operación, aunque las adenoides estén agrandadas. Sin embargo, si la respiración infantil es **anormalmente ruidosa,** tanto de noche como de día, entonces sí es posible que la operación sea aconsejada.

Las adenoides agrandadas pueden obstruir la abertura de las trompas de Eustaquio, situada en la región lateral de la garganta, lo que contribuye a las infecciones del oído. Cuando estas infecciones son muy persistentes y se presenta una **otitis severa del oído medio,** esto suele ser síntoma de que las trompas de Eustaquio efectivamente están obstruidas y, en los niños muy pequeños, aunque esto puede tener diversas causas, la más frecuente de todas es el agrandamiento anormal de las adenoides. En tales casos, suele ser necesario operarlas.

Los padres han de estar advertidos de que los niños, cuando padecen de las amígdalas o de las adenoides, generalmente tienden a tener mal apetito, al extremo de que a veces llega a notárseles desnutridos y pálidos, y más propensos a las enfermedades.

En los casos en que el médico llegue a la conclusión de que la operación, ya sea de las amígdalas, de las adenoides o de ambas cosas, efectivamente es necesaria, lo mejor será hacerla cuanto antes, a menos que el mismo profesional aconseje esperar un poco. De lo contrario, no hay ninguna necesidad, como equivocadamente suponen algunos padres, de esperar a que el niño sea un poco mayor. Estas operaciones, hoy en día, pueden practicarse a cualquier edad, con un altísimo margen de seguridad. Desde luego, las molestias postoperatorias se prolongan aproximadamente dos semanas.

LA APENDICITIS

Por suerte, éste es otro campo en el cual la salud y la vida del niño gozan de mayor protección que nunca antes en el pasado. Hoy en día, es más fácil que el médico, si efectivamente hay apendicitis, pueda llegar a un temprano diagnóstico, lo que, de por sí, ya reduce mucho los riesgos del caso. Además, las nuevas técnicas quirúrgicas y anestésicas, junto con la eficacia de los antibióticos, han logrado una dramática disminución en el número de muertes infantiles causadas por la apendicitis y sus complicaciones.

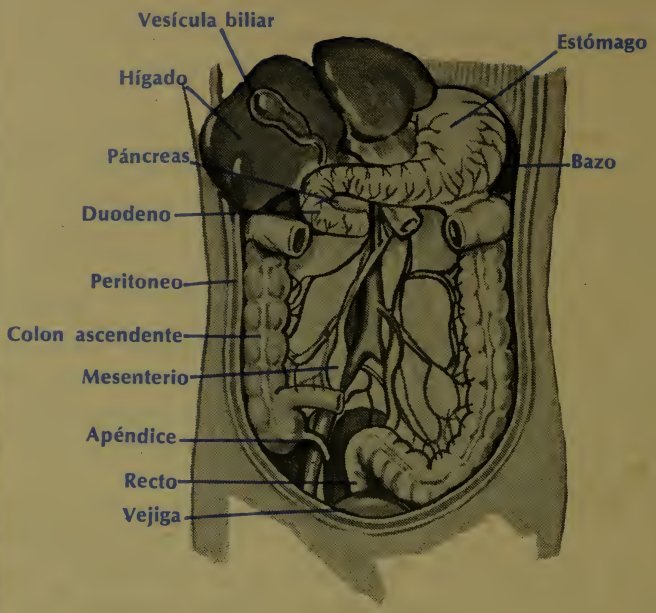
De todos modos, es necesario que los padres estén advertidos de cuáles son los síntomas y de la forma en que debe procederse en presencia de los mismos. La apendicitis, hoy igual que antes, exige **la más inmediata atención médica.** Mientras más pronto se proporcione ésta al pequeño paciente, mejor se desarrollará todo el proceso.

Todavía se continúa discutiendo mucho si conviene o no extirpar el apéndice preventivamente, es decir, operar "en frío", aunque no haya inflamación apendicular. Esta operación preventiva está ampliamente admitida por la ciencia médica; sin embargo, es muy extraño que se recomiende en el caso de un niño todavía pequeño. Las operaciones del apéndice, cuando tienen una finalidad meramente preventiva, más bien se reservan para los adultos.

La apendicitis es un problema que puede surgir a cualquier edad, inclusive en los bebés de muy poco tiempo de nacidos. Sin embargo, es más frecuente en los mayores de 10 años, y en los varones más que en las niñas.

Los síntomas de la apendicitis, salvo en casos muy excepcionales, tienden a seguir un curso típico. Cuando algún dolor abdominal hace sospechar la posibilidad de apendicitis, el análisis de sangre, por lo general, contribuye a confirmar el diagnóstico médico. Un aumento de los leucocitos (glóbulos blancos de la sangre) señala que el organismo está reaccionando frente a una infección.

El ataque apendicular casi siempre comienza con dolores



UBICACIÓN DEL APÉNDICE

en la zona superior o media del abdomen, acompañados o no de náuseas y vómitos. Entre las dos y las doce horas siguientes, el dolor se localiza en la **región inferior derecha** del abdomen, haciéndose pertinaz, y se agudiza cuando el paciente camina o tose.

En presencia de un dolor abdominal agudo, que todavía no haya sido diagnosticado, nunca deberá dársele al niño un laxante o purga, pues estos medicamentos pudieran hacer que se reventara el apéndice inflamado, lo que, a su vez, daría lugar a una peritonitis (inflamación del peritoneo, membrana que recubre el interior del abdomen, rodeando los órganos).

Si se confirma que hay apendicitis, el médico querrá operar de inmediato. La operación se considera segura, y la recuperación del paciente, aún tratándose de niños, suele ser muy rápida. Normalmente, se le permitirá caminar al siguiente día. De todos modos, el médico siempre indicará una serie de limitaciones a las que el niño deberá sujetarse, en sus juegos y ejercicios, durante el término de su convalecencia.

LA FIEBRE TIFOIDEA

La fiebre tifoidea es una infección provocada por la bacteria **Salmonella typhi.** La infección primaria se manifiesta en los intestinos, comúnmente acompañada de fiebre, dolores abdominales, alguna erupción y una sensación de malestar general. La gravedad de la situación varía mucho de un paciente a otro. En algunos casos, la fiebre tifoidea es sumamente benigna; en otros, llega a poner en peligro la vida del paciente.

La infección del torrente sanguíneo es una consecuencia de esta enfermedad.

Las bacterias del paciente, o de un individuo que sea portador del germen de la fiebre tifoidea, aunque este portador no presente síntomas, pasan a la orina y a las heces fecales del sujeto. El agua contaminada, especialmente en aquellos lugares donde las condiciones higiénicas sean muy deficientes, es el agente que más contribuye a la transmisión de la enfermedad. (Por esta razón, en algunos países es obligatorio el análisis periódico de las heces fecales del personal que trabaja en la preparación de alimentos.) Debido a esto, es tan importante la sencilla medida higiénica de lavarse bien las manos antes de las comidas y, sobre todo, antes de la preparación, cocción y servicio de los alimentos.

En el tratamiento de la fiebre tifoidea, el médico aplicará antibióticos hasta que desaparezcan los síntomas y el análisis de las heces fecales revele que ya el organismo está libre de estas bacterias.

La inmunización contra la fiebre tifoidea ha demostrado ser bastante efectiva, pero no completamente preventiva. Por ello, sólo suele recomendarse para aquellos individuos que tienen mayores probabilidades de verse expuestos al contagio. En tales casos, suelen recomendarse dosis anuales de reactivación.

De todos modos, hoy en día, la fiebre tifoidea ya no constituye la amenaza que representaba en el pasado, debido a lo mucho que han mejorado las condiciones higiénicas en general, y a la mayor información que tienen las madres para

cuidar de que en la casa, y especialmente en todo aquello que se relaciona con el ambiente físico del bebé, se mantenga una escrupulosa limpieza.

LA TOS FERINA

Como su nombre lo indica, el síntoma más notable de esta enfermedad es una severa tos, que sobreviene en ataques o espasmos, y a veces llega a ser tan prolongada, que el niño se pone de una coloración azulosa, se atraganta y vomita. Si no se atiende eficazmente, puede sobrevenir una neumonía, y éste suele ser uno de los mayores peligros de la tos ferina.

El niño con tos ferina se sentirá débil, exhausto, sin apetito, con dificultades para dormir y, en los casos más severos, pueden llegar a producirse serias deficiencias de la nutrición. La enfermedad, además, es muy prolongada, pues dura unas cuantas semanas. Si el médico la atiende, la situación puede controlarse, pero si la enfermedad no recibe adecuado tratamiento, puede resultar fatal, sobre todo para los niños de corta edad.

El tratamiento consiste básicamente en antibióticos y en las inyecciones de anticuerpos. Globulina-especial extraída de la sangre de los adultos que tengan un alto nivel de inmunidad y en otros cuidados especiales que el médico se encargará de señalar en cada caso.

La gravedad de la tos ferina varía mucho de un paciente a otro. En algunos, es tan benigna, que la enfermedad casi ni se nota, y parece que el niño sólo tiene una insignificante y ligera tos. Una vez que el niño ha pasado por la tos ferina, le queda un nivel de inmunidad bastante elevado, por lo que es muy improbable que la misma enfermedad recurra.

Debemos señalar que los recién nacidos son muy susceptibles a la tos ferina, ya que la madre, durante la gestación, casi no le transmite anticuerpos protectores contra esta enfermedad. Por eso, es que la vacunación contra la tos ferina se inicia dentro de los tres primeros meses de vida. En general, la susceptibilidad a esta enfermedad parece disminuir un poco después de los cinco años de edad, pero no debe pensarse

que el peligro ha desaparecido totalmente.

Si el niño con tos ferina vomita mucho, existe el riesgo de que llegue a debilitarse demasiado. Por eso, el médico que lo atiende prestará una atención muy especial a la forma de alimentarlo. Por lo general, se estima que el momento más oportuno para darle el alimento es un cuarto de hora después de los accesos de tos. Además, se aconseja darle pequeñas porciones de alimento varias veces en el día, en lugar de porciones mayores dadas de una sola vez, pues esto último puede contribuir a estimular un nuevo ataque de tos. También deben evitarse los alimentos secos y los que contengan mucho almidón, ya que producen cosquilleo en la garganta, lo que aumenta la tos. Se aconsejan las sopas de legumbres y verduras.

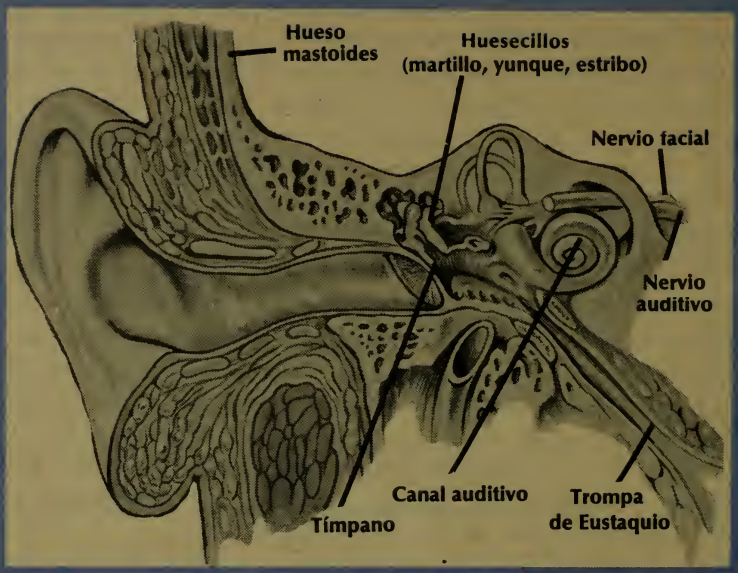
La tos, característica de la enfermedad, es la consecuencia de espasmos largos, inflamación de los bronquios y los bronquiolos, que es donde se alojan las bacterias invasoras que provocan este trastorno. La tos del paciente contribuye a extender los gérmenes en el medio ambiente.

LOS PROBLEMAS DEL OIDO

Una sordera precoz (parcial o total) suele afectar gravemente el desarrollo de cualquier niño que la padezca. Las dificultades al hablar y en el aprendizaje, por ejemplo, son trastornos que la acompañan siempre. Y, en ocasiones, los niños que experimentan limitaciones auditivas son clasificados en la escuela como niños problemáticos.

Afortunadamente, los padres casi siempre pueden darse cuenta de estas deficiencias auditivas en sus hijos a una edad temprana y, con un tratamiento médico apropiado, contribuir a eliminarlas o, por lo menos, a aminorarlas. Sin embargo, si el trastorno se presenta en un solo oído, es más difícil percatarse de él y casi siempre pasa inadvertido hasta que el niño alcanza la edad en que comienza a decir sus primeras palabras.

Hay dos tipos de deficiencias: las que se producen por trastornos de los conductos del oído y las debidas a anormalidades en los nervios auditivos. Las primeras se originan por obstrucciones del oído externo o medio, o son causadas por acumulación de cerumen; por un canal auditivo muy estrecho,



Las ondas sonoras golpean la membrana del tímpano y producen vibraciones que se mueven por el oído medio, a través de la cadena de huesecillos, conocidos como martillo, yunque y estribo. Cuando llegan al oído interno, esas ondas sonoras sufren una transformación. El nervio auditivo transmite estos estímulos al cerebro, y especialmente a la corteza del lóbulo temporal, donde radica el centro de interpretación de los sonidos.

Las deficiencias causadas por anomalías del nervio auditivo se deben a lesiones o a la falta de desarrollo del mismo nervio. Esto ocasiona una sordera que puede ser total o parcial. Aunque esta sordera no puede ser curada, los especialistas afirman que el niño que la padezca, si recibe el entrenamiento adecuado, puede llegar a desarrollar su lenguaje de manera perfecta. Conviene que estos problemas sean diagnosticados temprano.

o por la falta absoluta del mismo. Las infecciones en el oído medio —otra causa bastante común de deficiencias auditivas— pueden ser curadas con medicamentos y, a veces, con cirugía.

Las deficiencias producidas por **anomalías del nervio auditivo**

se deben siempre a una lesión o a la falta de desarrollo del mismo nervio. La sordera que esto origina puede ser parcial o total. Su causa primaria se encuentra en el factor Rh en la sangre y en los efectos producidos por enfermedades como la **rubéola**, las **paperas**, la **gripe** y diversas **infecciones virales.** Este tipo de sordera no puede ser curada. No obstante, los especialistas afirman que un niño que la padezca, si recibe el entrenamiento adecuado, puede desarrollar su lenguaje de manera perfecta.

El doctor Malcolm Schvey, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Columbia, en los Estados Unidos, afirma que la sordera desatendida en los niños puede tener consecuencias graves. Por ello es conveniente que éstos se sometan a exámenes auditivos antes de cumplir los tres años, aun cuando los padres los consideren perfectamente normales.

Señala el doctor Schvey que los mismos padres pueden someter a esas pruebas a sus hijos, cuando éstos cuentan con unos meses de edad. Un medio sencillo es sonar un timbre o campana cerca de ellos. Si no reaccionan ante el ruido, esta pasividad es un indicio claro de que tienen algún tipo de sordera. Desde luego, los sonidos que causan vibraciones táctiles no son eficaces para ser utilizados en este tipo de experimento, ya que el niño puede percibirlos a través del cuerpo, aunque su oído no los capte. Otros síntomas que los padres deben tomar en cuenta son:

1) Falta de reacción ante sonidos suaves, como el producido por el mecanismo de un reloj.
2) Falta de "reacción de asombro" ante un ruido súbito.
3) Dificultad del niño para despertar cuando se le llama.
4) Falta de comprensión de las palabras y excesiva dependencia de los gestos, la visión y el tacto para comunicarse con las personas a su alrededor. **Los padres deben observar asimismo** si sus hijos son violentos, hiperactivos e irascibles, ya que estos rasgos síquicos pueden ser causados por un sentido de frustración en el niño que, al no oír las palabras claramente y al no hacerse comprender bien, se torna rebelde.

Cualquiera de estos síntomas debe ser atendido inmediatamente por los padres que lo noten en sus hijos. Hay numerosos centros médicos especializados en problemas del oído y habla. Y también abundan los especialistas competentes para tratar cualquier causa anatómica o fisiológica de sordera.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ANIMALES DOMESTICOS

La amenaza representada por las enfermedades que los animales domésticos pueden transmitir a los seres humanos es más real y grave de lo que generalmente se cree. Aunque no conviene en modo alguno que se manifieste en el público un temor infundado hacia los animales domésticos —que proveen tantas ventajas y alegrías—, sí es necesario que toda persona sepa qué precauciones son las más eficaces para evitar contratiempos.

Con relación a los animales, casi siempre los padres se inclinan a preocuparse solamente de la posibilidad de que sus hijos puedan ser mordidos por un perro u otro animal rabioso, y piensan que, si el animal en cuestión ha recibido la vacuna antirrábica, ya no hay razones para albergar temores. También los padres saben, desde luego, que las mordeduras o picaduras de ciertos insectos pueden producir fiebre, inflamaciones y otros efectos tóxicos. Pero, desafortunadamente, esto sólo no agota el repertorio o catálogo de enfermedades que los diversos animales son capaces de transmitir a las personas.

LOS INVESTIGADORES HAN DETERMINADO que, a pesar de que los animales pueden transmitir más de un centenar de enfermedades, sólo unas pocas de ellas representan un peligro para la salud digno de tenerse en cuenta. Ha de recalcarse que la ciencia médica **no** está aconsejando que las familias se priven de tener animales en sus casas, sino sólo que se tomen las **medidas preventivas** para la protección de la salud.

La información que se ofrece a continuación ha sido compilada por médicos, veterinarios y expertos en problemas de salubridad pública, y no debe ser ignorada por quienes gustan de tener animales en el hogar, sobre todo cuando también hay niños.

GATOS. Se ha averiguado que estos simpáticos felinos —que además son tan útiles en el exterminio de ratas y ratones— pue-

den transmitir al ser humano un protozoo llamado **Toxoplasma gondii.** Este causa una infección llamada **toxoplasmosis.** Hasta el año 1970 se creía que la forma más común de adquirir tal infección era el comer carne cruda o muy poco cocida, de cerdo, res o carnero. Sin embargo, el doctor Jacob K. Frenkel, profesor de Patología en la Universidad de Kansas, Estados Unidos, descubrió que esos protozoos depositan sus huevecillos fertilizados en el tracto digestivo de los gatos. Estos, a su vez, los excretan aproximadamente al cabo de dos semanas. Aunque estos protozoos también pueden estar presentes en otros animales, parece ser que los gatos son los únicos dentro de los cuales depositan sus huevos. Cuando las heces fecales de los gatos los contienen, es fácil que puedan resultar infestadas las personas que trabajan o los niños que juegan en los patios y jardines por donde deambulen los gatos, así como sus dueños cuando les limpian las cajas de arena en que acostumbran a hacer sus necesidades físicas.

Los huevecillos son inofensivos al ser excretados, pero se convierten en infecciosos en el lapso de uno a cuatro días después, y continúan siéndolo por un período indefinido de tiempo.

La toxoplasmosis suele ser muy benigna en los adultos, y muchas veces se confunde con la influenza o la mononucleosis infecciosa. Sus síntomas incluyen una fiebre no muy alta y una inflamación de las glándulas linfáticas. Sin embargo, la toxoplasmosis resulta **extremadamente peligrosa** en el caso de la mujer embarazada, ya que la infección puede transmitirse al niño que está por nacer. En ocasiones —aunque afortunadamente muy raras —esto ha dado lugar a que el niño nazca con graves defectos, incluyendo **ceguera** y **lesiones cerebrales.** En algunos casos, los protozoos han estado inactivos durante un largo número de años en el cuerpo del niño, hasta que han atacado súbitamente a las células de los ojos, del cerebro o de la médula espinal.

La toxoplasmosis es susceptible de ser eficazmente tratada con una combinación de diversos medicamentos y, si la mujer embarazada es atendida, puede evitarse que la infección pase al feto. No obstante, como es muy posible que ni se dé cuenta de que tiene la infección, lo mejor es que se abstenga de tocar a los gatos, o de acercarse a los lugares donde ellos depositan sus excrementos, durante la gestación. No es necesario que se deshaga del gato o gatos que pueda tener en casa. Basta con hacerlos examinar periódicamente por el veterinario para cerciorarse de que están libres de esta infección.

Además, los huevecillos causantes de la toxoplasmosis no hacen daño alguno si no son ingeridos. Para reducir al mínimo los riesgos de que ello ocurra, es recomendable usar guantes siempre que se trabaje en un jardín por donde transiten gatos, o cuando se limpie la caja destinada a que ellos dejen sus excrementos. La arena contenida en éstas debe cambiarse diariamente. También el peligro de infección se disminuye mucho si el gato es alimentado con comidas enlatadas o con carnes bien cocinadas y otros alimentos secos. Los expertos opinan que, cuando se cocina a temperaturas superiores a 140 grados Fahrenheit (60° C), ello basta para matar todos los protozoos de la especie **Toxoplasma gondii** que pudiera contener la carne.

Otra enfermedad que pueden transmitir los gatos es la **fiebre de rascazón** (popularmente conocida como "rasquiña" en muchos lugares) que —aparte de la comezón o picazón que produce— también se presenta acompañada de dolores físicos, enrojecimiento e inflamaciones de la piel, y sensibilidad en los nódulos linfáticos.

PERROS. Muchos perros son portadores del huevo de un gusano parasitario llamado **Toxascaris canis,** que puede afectar al hombre. Cuando esos huevos son eliminados con las heces fecales del animal, rápidamente se transforman en larvas. Si penetran en el cuerpo humano, la persona puede contraer la enfermedad llamada "mal visceral migratorio". Sus síntomas varían, según la víscera que resulte afectada. Los peores casos son aquéllos en que las larvas se alojan en el hígado o en el cerebro, o cuando dan lugar a la formación de un coágulo capaz de obstruir los vasos sanguíneos.

Los perros y también los gatos, son igualmente portadores de otros gusanos parasitarios, entre ellos uno muy similar a una lombriz intestinal , que puede provocar en el hombre el "mal cutáneo migratorio", caracterizado por una irritante comezón de la piel, que se va alargando como si fuera un surco a medida que el gusano va caminando subcutáneamente.

La **leptospira** es una bacteria que ataca a los perros y al ganado vacuno, y que se encuentra en la orina de estos animales. Estas bacterias contaminan tanto el suelo como el agua, y así pueden llegar hasta el organismo humano, en el que penetran a través de pequeñas grietas de la piel o de las membranas mucosas de los ojos, la nariz y la boca. La enfermedad que provocan se llama **leptospirosis.** Muchas veces no es advertida porque sus síntomas son muy benignos, parecidos a los de una

ligera influenza. Puede, no obstante, extenderse a los riñones. Un eminente veterinario, el doctor Richard L. Parker, del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos, opina que está mucho más generalizada de lo que se supone, por lo que resulta peligrosa.

Los niños son los más frecuentemente afectados por estas enfermedades, por ser quienes juegan con cierta regularidad en lugares donde los animales pueden haber dejado su orina y heces fecales. Sin embargo, hay medidas de precaución que se aconseja poner en práctica. La más necesaria es el reconocimiento del animal por el veterinario para comprobar que está libre de parásitos. Además, no debe permitirse la presencia de perros en las playas, los ríos, los lagos y otras áreas de natación y deportes acuáticos. Por último, al niño ha de hacérsele comprender la importancia que tiene el que se lave las manos con agua y jabón después de haber estado jugando con los animales.

TORTUGAS. Las tortugas muy pequeñas, apenas recién nacidas, llaman mucho la atención de los niños, que se divierten teniéndolas en patios, estanques y tinas. Estos animales son portadores de la variedad de bacterias llamada **Salmonella.** Las mismas atacan al tracto intestinal humano, provocando diarreas, náuseas, vómitos, fiebres y dolores abdominales. La enfermedad producida por estas bacterias, conocida como **salmonelosis** puede prolongarse bastante. Es, pues, conveniente tener precauciones con la manipulación de estos animales por sus hijos.

Diversos especialistas en Epidemiología señalan que los casos de salmonelosis causados por las tortugas son muy superiores a lo que el público sospecha. Los niños son las víctimas más frecuentes, por la costumbre que tienen de chuparse los dedos o morderse las uñas, lo que a veces hacen después de haber estado jugando con el animal o de haber metido la mano dentro del agua en que éste vive.

Si sus hijos tienen una tortuga en casa y no quiere ocasionarle el disgusto de prohibirles que la conserven, puede disminuir los riesgos de infección aplicando estas medidas:

1) Enseñe a los niños a lavarse bien las manos, con agua y jabón, siempre que terminen de jugar con el animal; 2) mantenga la tina o estanque de la tortuga bien alejada del comedor, la cocina y la despensa donde se almacenan los alimentos, y 3) cambie diariamente el agua del estanque o recipiente de que se trate.

MONOS. Son los únicos animales que pueden transmitir al ser

humano el llamado **virus-B de los simios,** que origina una enfermedad fatal, aunque por fortuna sumamente rara. Los monos domesticados pueden contagiar a las personas si las muerden.

El número de casos registrados en los anales de la medicina es casi mínimo, pero la enfermedad, casi siempre que se ha manifestado, ha resultado mortal. El ataque agudo comienza con fiebre y jaquecas, y termina con la muerte de la víctima dentro de un período aproximado de tres semanas. Si se salva, el paciente tiene probabilidades de quedar permanentemente incapacitado. No hay tratamiento conocido para combatir el virus-B de los simios, y su presencia en el organismo humano sólo puede descubrirse mediante pruebas de laboratorio sumamente complejas.

Los monos también son transmisores de la **tuberculosis,** de **hepatitis infecciosa** y de un parásito intestinal que causa la **disentería bacilar.** Los especialistas en Epidemiología se oponen con vigor a que se tengan monos en la casa, como si se tratara de animales domésticos.

AVES. Los periquitos, los loros y las palomas son portadores de la **psitacosis**, enfermedad a la que comúnmente se le llama "fiebre de los loros". El virus que la origina se transmite por el aire. Sus síntomas se asemejan a los de una infección pulmonar y, si se desatienden, el caso puede degenerar en neumonía. La frecuencia de esta infección se ha reducido mucho en todos aquellos países cuyas leyes de salubridad pública exigen que se ponga en cuarentena a todas las aves importadas. Cuando el mismo virus se encuentra en los pavos, pollos o patos, la enfermedad resultante se llama entonces **ornitosis.** En algunos países, los riesgos se han disminuido notablemente mediante la aplicación de una sustancia antibiótica a los granos que se dan como alimento a las aves de corral. Las modernas condiciones sanitarias, en las industrias que se dedican a empacar carne de ave para el consumo humano, también ha sido un factor de primordial importancia en la lucha contra la ornitosis.

CABALLOS. Pueden padecer la **encefalomielitis equina**, enfermedad que se convierte en epidémica y causa la muerte a elevado número de caballos, y también ataca a algunos seres humanos. Por ejemplo, la última epidemia que se registró en Texas, Estados Unidos, dejó un saldo de mil caballos muertos, y se confirmó que 88 personas habían resultado enfermas. A esta variedad de encefalomielitis se le llama equina por ser los caballos los animales que con mayor frecuencia la padecen, pe-

ro también puede presentarse en todos los mamíferos y en la mayoría de las aves. Es sumamente mortífera en los caballos. En los humanos, sin embargo, sus síntomas casi siempre se limitan a los de un severo caso de influenza. Los más característicos son la jaqueca y la fiebre alta.

Afortunadamente, la enfermedad entre los caballos, que parecen ser sus principales transmisores, es altamente controlable mediante un eficaz programa de vacunación, que en algunos países es hasta obligatorio.

La enfermedad en los caballos comienza a exteriorizarse por los síntomas de brío inusitado que muestra el animal y por una "ceguera" que es sólo aparente. Más de la mitad de los caballos afectados mueren en un plazo de seis o siete días.

EFECTOS NOCIVOS DE ALGUNOS MEDICAMENTOS Y DROGAS SOBRE EL NIÑO QUE ESTA POR NACER

En este libro se ha advertido explícitamente sobre el peligro de que la mujer embarazada, por su propia cuenta, ingiera medicamentos que no le han sido prescritos por el médico o que éste no ha autorizado. Muchos de esos medicamentos pueden interferir con el curso normal del embarazo y, en algunos casos, representan una seria amenaza para la vida o la salud de la criatura aún no nacida. Esta **Tabla** enumera, en forma resumida, algunos de los medicamentos y drogas más peligrosos, mencionando sus posibles efectos negativos.

Medicamento o droga	Efectos perniciosos
Quinina	Aborto o problemas hemorrágicos
Tetraciclina	Retardo en el crecimiento óseo y decoloración de los dientes de la criatura (que ya se encuentran en su etapa formativa)
Sulfonamidas (en la etapa final del embarazo)	Ictericia en el recién nacido
Dosis excesivas de vitamina "K"	Hemorragias en el recién nacido
Exceso de aspirina	Hemorragias en el recién nacido
Cloromicetina	Muerte del feto
Dicumarol	Muerte del feto
Exceso de diuréticos	Desequilibrios químicos en el feto
Testosterona	Virilización de la criatura
Estilbestrol (dietilestilbestrol)	Puede producir cáncer vaginal en la descendencia femenina
Talidomida	Focomelia (deformaciones fetales)
Abuso del cigarrillo	Partos prematuros o niños nacidos con un tamaño excesivamente pequeño

LA TENSION EMOCIONAL EN LOS NIÑOS

El hecho real de que una persona adulta, sometida a situaciones de gran ansiedad o de tensión emocional, resulte **físicamente** afectada es algo que hoy se acepta como posible. Casi todo el mundo está bastante consciente del efecto devastador que "los nervios" y las emociones pueden surtir sobre la salud física. La medicina y la sicología modernas se han encargado de enseñarnos que las llamadas enfermedades sicosomáticas —es decir, las que se manifiestan mediante síntomas físicos, pero que responden a una causa emocional— no tienen nada de "imaginarias". Por el contrario, son muy reales y, en ocasiones, bastante complejas.

Sin embargo, cuando se trata de niños, existe una tendencia a olvidar que también ellos tienen emociones y nervios, tan activos y operantes como los de cualquier adulto. Muchas reacciones infantiles —comúnmente atribuidas a caprichos o malacrianza— a menudo son consecuencia directa de la tensión o la ansiedad que experimenta el niño. Ignorar esas reacciones (o castigarlas) muchas veces sólo sirve para agravar el problema. Por ejemplo, los súbitos cambios de humor, que son relativamente comunes en los años un poco "difíciles" de la adolescencia, no suelen ser tan frecuentes en un niño bien ajustado de cinco o seis años de edad, cuyo carácter infantil, en general, tiende a mantenerse bastante estable y equilibrado. Así, cuando este síntoma específico empieza a manifestarse a menudo, no es prudente pensar que "sólo son majaderías".

Aunque no pueden establecerse reglas generales, los padres, los maestros y todos los adultos que deban tratar con los niños han de tener muy presente que —según la ciencia médica ha demostrado— la tensión emocional suele reducir la resistencia orgánica a las infecciones. Entre los muchos estudios que ya se han completado en este sentido, merece especial mención el de Apley y MacKeith, dos investigadores norteamericanos. Estos señalan que las crisis emocionales de cierta intensidad ocurren con una frecuencia cuatro veces mayor dentro de los quince días **anteriores** a una infección provocada por estreptococos,

que dentro de los quince días **siguientes** a la curación de la infección. Tales hallazgos, desde luego, se aplican lo mismo a los adultos que a los niños.

También es necesario recordar que la reacción infantil frente a situaciones de ansiedad y tensión es algo altamente individualizado. En un grupo de diez niños, por ejemplo, uno reaccionará llorando, otro "comiéndose" las uñas, un tercero no podrá conciliar el sueño, otro más perderá su buen apetito habitual, y así sucesivamente.

No sólo varía el **tipo** de reacción, sino también la **duración** e **intensidad** de ésta. Así, hay niños que se sobreponen muy rápidamente a cualquier impacto emocional y éste les deja muy pocas huellas negativas. Otros, por el contrario, acusarán un profundo desajuste por un período considerable de tiempo.

Por ejemplo, en el caso de dos niños que hayan sido mordidos por un perro, no es de extrañar que uno de ellos —el niño "A"— aprenda la saludable lección de que los perros son capaces de tornarse agresivos y de atacar a las personas, las que deberán adoptar ciertas precauciones razonables para evitar que tal cosa les ocurra, pero todo ello sin sentir un desmedido temor hacia esos animales. Pero el otro —el niño "B"— tal vez reaccione con un miedo excesivo e irracional hacia todos los perros, que podrá durarle durante largos años, y quizá para el resto de la vida.

Lo mismo podría afirmarse de muchísimas otras situaciones. Hay niños que se recuperan pronto, y sin manifestaciones anormales, después de la muerte de un ser querido. Otros necesitan ayuda siquiátrica para continuar desenvolviéndose normalmente.

Estas grandes diferencias individuales, sin embargo, no pueden hacernos olvidar el principio básico de que los niños sí pueden resultar muy adversamente afectados inclusive en su salud física, a consecuencia de experiencias emocionales negativas, que crean ansiedad y tensión.

En el caso de muchas enfermedades infantiles, la misma ciencia médica no puede definir categóricamente dónde terminan las causas físicas y dónde empiezan las síquicas. Quizá el ejemplo característico sea el del asma. No obstante, pueden enumerarse muchas otras, incluyendo la colitis, el estreñimiento, muchos trastornos estomacales e intestinales, el dolor de cabeza, la fatiga, el insomnio, las erupciones cutáneas, la obesidad, etc. Lo mismo puede afirmarse de la propensión al llanto, a los vómitos, a "mojar" la cama y a la pica (hábito de comer diversas

sustancias que no son alimento, como papel, tierra, etc.).

La aparición de los trastornos enumerados —o de otros análogos —a veces funciona como un **mecanismo de escape,** que le sirve al niño para **evadir** la situación productora de ansiedad o tensión. Son muy frecuentes, por ejemplo, los casos de niños que, por una razón u otra, se sienten atemorizados de la escuela, de sus maestros o de sus mismos compañeros de aula. Temprano en la mañana, a medida que se acerca la hora de salir de casa hacia el colegio, al pequeño se le presentan náuseas y vómitos y, a veces, hasta fiebre. Estas situaciones, si los padres no sospechan pronto las verdaderas causas, pueden prolongarse durante bastante tiempo o repetirse con frecuencia.

El problema principal radica en la dificultad de determinar las verdaderas causas de la ansiedad y de la tensión emocional en los niños. Además, no siempre hay una causa única, sino una complicada pluralidad de razones, nada fáciles de esclarecer.

Algunas madres —advertidas de que sus hijos se sienten tensos— se llenan de ansiedad ellas mismas y comienzan de inmediato a culparse, sospechando que están haciendo "algo" mal. En muchos casos, no obstante, no hay nada que la madre pueda reprocharse, pues la situación que produce tensión y ansiedad en el niño es completamente ajena a ella.

Mucho más sensato que dejarse obsesionar por un "complejo de culpa", probablemente infundado, es observar al niño con serenidad, objetivamente, y animarlo discretamente a que converse, sin forzarlo, alentándolo a expresar sus sentimientos con libertad, sin miedos. Los padres observadores pueden, en muchos casos, captar indicios que los pongan sobre la "pista" correcta en cuanto a cuál pudiera ser la causa de la tensión emocional o nerviosa experimentada por sus hijos.

También es recomendable cambiar impresiones con los maestros del pequeño. Conversando con ellos, los padres pueden aprender mucho sobre la forma en que actúa y reacciona el niño dentro del medio ambiente escolar.

A los maestros del niño ha de animárseles a que expresen su opinión con franqueza. Los padres que buscan el bienestar de sus hijos no deben sentirse ofendidos ni heridos en su amor propio por algunas de las observaciones que los maestros puedan hacerles. Al contrario, deben agradecérselas y reflexionar sobre ellas. El maestro quizá les sugiera, por ejemplo, que deben ser menos estrictos con el niño, sometiéndolo a una disciplina menos rígida, que deben concederle mayores oportuni-

dades de esparcimiento o darle una esfera de libertad algo mayor, o exigirle menos en cuanto a su rendimiento académico.

Cuando los padres no aciertan a darse cuenta de las causas que provocan ansiedad y tensión en el niño —o cuando pueden identificarlas, pero no saben cómo ayudarlo a que las supere— harán bien en tener un cambio de impresiones con el médico del pequeño. Casi todos los pediatras poseen algún entrenamiento —y bastante experiencia práctica— en cuestiones de sicología infantil. El médico, en la inmensa mayoría de los casos, estará en posición de impartir alguna orientación concreta, práctica y atinada sobre la mejor manera de proceder. Y, en los casos más complejos, podrá recomendar a los padres que busquen la asistencia profesional de un sicólogo.

Entre las causas de tensión emocional que sí son más directamente atribuibles a los padres, debe señalarse la actitud que se adopte frente al niño, pequeño aún, a las horas de las comidas. En efecto, una gran mayoría de los niños parece comer bien, para plena satisfacción de las madres, hasta que se acerca la edad de los dos años. Entonces las cosas se complican un poco, y el pequeño empieza a "dar lucha".

Si la madre se deja conturbar indebidamente por esta situación, natural en el desenvolvimiento del niño, surge entre ambos una indeseable fricción, que a menudo llega a provocar trastornos gastrointestinales en el pequeño, aparte de lo mucho que se dañan las relaciones entre madre e hijo. La transformación de un bebé alegre y saludable en un niño irritable, agresivo y hasta de salud quebrantada se debe, en un buen número de casos, a la actitud errónea de la madre.

Todos los padres deben recordar que el niño, en su segundo año de vida, ni come tanto ni crece tan rápidamente como durante el primer año. Tal cosa es normal. Las madres, en lugar de atenerse a una idea preconcebida y rígida sobre las cantidades que el niño debe comer, evitarían muchos problemas innecesarios si verdaderamente se dejaran guiar por las orientaciones del pediatra respecto a la alimentación de sus hijos.

Otras causas que contribuyen a crear dificultades emocionales, que luego pueden manifestarse en síntomas físicos, incluyen la rigidez y la tolerancia excesivas; el "perfeccionismo" de los padres y madres, que fijan a sus hijos metas tan difíciles que resultan de cumplimiento casi imposible; la falta de educación y orientación sexual, y las discusiones violentas y frecuentes entre los cónyuges.

CUANDO EL NIÑO REQUIERE AYUDA SIQUIATRICA

Los desajustes emotivos son, en cierta medida, normales en los niños. No deben sorprendernos, tanto en cuanto constituyan simples variaciones de conducta que más o menos observamos en casi todos los muchachos que nos rodean, y por las que nosotros también pasamos en nuestra vida infantil, aunque quizá ya no nos acordemos. Pero hay casos en los que el límite de lo normal se traspasa, resultando entonces aconsejable, y aun necesaria la asistencia profesional.

El niño que se reconcentra en sí mismo en forma a todas luces exagerada, o el que manifiesta violentas irritaciones o intensos temores ante cosas usuales de la vida diaria, **puede** requerir ayuda médica, aunque quizá todo se deba a una mera crisis pasajera, fácilmente superable. Si tales reacciones persisten o se intensifican con el correr de los días, la intervención profesional no debe posponerse. La Asociación de Estudios Infantiles de los Estados Unidos señala concretamente los siguientes síntomas:

Del nacimiento a los dos años. Los problemas de índole síquica o nerviosa que pudieren surgir en esta primera fase de la vida se revelan en un desarrollo físico **exageradamente lento,** en una pasividad excesiva, en falta de reacción ante estímulos diversos del mundo exterior, y en dificultades **serias** para dormir y comer.

De los dos a cuatro años. El niño **persistentemente** rehúsa comer, y no se adapta a los intentos que la mamá hace por disciplinar sus hábitos de evacuación. No muestra interés en otros niños y se niega a aceptar toda limitación que trata de imponérsele a su comportamiento.

De los cuatro a los seis años. A esta edad, el niño sano se interesa extraordinariamente en el mundo que le rodea. Si, por el contrario, revela un desinterés olímpico hacia todo y es incapaz de llevarse bien con otros compañeritos, hay motivo entonces para preocuparse. El niño quizá pelee constantemente con sus amigos, a veces de modo violento, o tal vez se limite a alejarse de ellos, mostrándose huraño y evadiendo su compañía. El "mojar la cama" consistentemente, las dificultades en el

habla, las "pataletas" muy frecuentes y violentas, el afán destructor manifiesto (distinto de la curiosidad del niño que desarma un juguete para ver lo que hay dentro) y la crueldad repetida e intencionada para con los animales son indicaciones de la posible presencia de problemas síquicos.

Los padres han de tener muy en cuenta que la presencia de uno solo de estos síntomas, o la combinación de varios, **no implica** necesariamente que estemos en presencia de un caso serio. El niño se reconcentra a veces por razones justificadas, tales como la muerte de un familiar o de un amiguito, la reprimenda injusta de los papás o maestros, o una mala calificación escolar. Su negativa a ir al colegio puede deberse a una hostilidad creada inconscientemente por un maestro demasiado severo y rígido. Estas son situaciones que requieren un nuevo ajuste emotivo. Casi todos lo logran, aunque unos demoran más que otros y les cuesta algo más de esfuerzo. Si todo se reduce a esto, pero el patrón general de comportamiento no se altera profundamente, las reacciones negativas terminarán por disiparse prontamente.

Sin embargo, cuando las causas de la conducta extraña no son obvias, cuando los síntomas persisten o empeoran, los padres no deben ignorar la situación ni pretender resolverla sin consejo médico experto. Así opina el doctor Leo Rangell, profesor de siquiatría en la Universidad de California. Hay, sí, algunas investigaciones discretas que los padres pueden hacer por su cuenta antes de acudir al médico. La conversación con sus maestros, con personas de la familia cercana al pequeño o con las mamás de sus amiguitos más allegados puede servir para ayudar a esclarecer algún punto oscuro.

Una vez que los padres están convencidos de que la asistencia profesional es aconsejable, nada se gana con posponer la primera entrevista con el médico o siquiatra, en una fútil esperanza de que las cosas se arreglen solas. Salvo excepciones, lo que sucede es que empeorarán más. Si se duda sobre el curso a tomar, nadie como el médico de la familia, el pediatra conocedor del niño o sus mismos maestros para sugerir el especialista a que ha de acudirse.

Casi todos los niños se acostumbran al uso de los lentes y a jugar con ellos puestos. No hay que poner a sus actividades más limitaciones que las que el profesional señale.

PROBLEMAS DE LA VISTA

Resulta desafortunado que no todos los seres humanos vengan a este mundo con una vista absolutamente perfecta. En algunas personas, se presenta el problema de que la imagen visual se forma delante de la retina, y éste es el caso de la **miopía**. En otros casos, por el contrario, la imagen visual se forma detrás de la retina, y entonces tenemos la **presbicia** o **hipermetropía**, o sea, el caso de la persona que no puede ver bien de cerca. También puede haber una visión más o menos distorsionada, a causa de una reflexión irregular de los rayos de luz, y éste es el **astigmatismo**. Por último, hay casos de incapacidad para discriminar los colores.

Es posible que un niño, hasta la edad de seis años o poco más, haya gozado de excelente vista y, sin embargo, entre los seis y la adolescencia, se torna miope. La miopía, en muchos casos, es una deficiencia visual que se presenta con sorprendente rapidez. No es extraño, por ejemplo, que un niño termine un curso escolar sin haber tenido jamás el menor problema visual. Inclusive podía distinguir, sin la menor dificultad, lo que estaba escrito en el pizarrón o encerado de su aula, aun sentándose al fondo de ésta. Sin embargo, después de unas vacaciones de 2 ó 3 meses, al llegar el inicio del nuevo curso,

ese niño se encuentre con que ya no puede leer el encerado con la misma facilidad de antes.

En la inmensa mayoría de los casos, los problemas de la miopía, por dramáticos que parezcan, se corrigen con el uso de los lentes adecuados.

La forma de la córnea, la forma del cristalino, las dimensiones del globo ocular, o cualquier combinación de estos tres factores, pueden contribuir a causar problemas de la vista. En algunos casos, se trata de dificultades heredadas, explicables por las leyes de la genética. Si la curvatura de la córnea no es uniforme, los rayos de luz tenderán a converger demasiado o, por el contrario, a divergir exageradamente. El resultado, tanto en un caso como en el otro, es una visión borrosa (astigmatismo). La imagen visual también resulta falta de suficiente claridad si el cristalino se encuentra ubicado demasiado cerca o demasiado lejos de la retina. El uso de lentes, desde luego, obedece a la necesidad de compensar artificialmente por estas deficiencias naturales. La persona miope necesitará lentes que distribuyan o extiendan los rayos de luz, para evitar que converjan delante de la retina. La persona hipermétrope, necesitará lentes que cumplan justamente la función opuesta de la anterior, y la persona con astigmatismo requerirá lentes más complejos, que produzcan un patrón uniforme y simétrico de refracción de la luz.

Las condiciones geométricas de la visión no permanecen inmutables a lo largo de los años. Los recién nacidos, por ejemplo, tienden a ser hipermétropes, pero esta deficiencia se les va corrigiendo espontáneamente con el transcurso del tiempo. En las personas mayores, en cambio, prevalece más la tendencia a la miopía.

Hoy sabemos que los recién nacidos sí pueden ver, aunque no se ha determinado, con absoluta exactitud, **qué** es lo que ven. Una luz muy brillante, sostenida frente a los ojos del recién nacido, los hace parpadear, y el bebé puede seguir con la vista, al menos en una forma muy fugaz, el curso de un objeto que le pase por delante de los ojos. A pesar de esto, habrá que esperar varias semanas para que sea capaz de enfocar ambos ojos en un estímulo determinado.

En los primeros tiempos, cuando el bebé comienza a ejercitar su facultad de enfocar, sus ojos pueden "cruzársele", como si fuera bizco. Casi siempre, esto es algo puramente temporal, que desaparece a los 4 ó 5 meses de edad. De no

EL PROBLEMA DEL ESTRABISMO

Se calcula que el estrabismo o bizquera afecta aproximadamente al 2% de la población infantil. Los pediatras no suelen tratar este trastorno, y casi siempre refieren el caso a un oftalmólogo. Hasta hace unos pocos años, había la tendencia a pensar que el estrabismo desaparecería solo, con el mero transcurso del tiempo. (No es de extrañar que, precisamente por ello, haya tantos adultos estrábicos.) Los padres deben saber que, mientras más pronto el estrabismo infantil sea profesionalmente atendido, mayores son las probabilidades de superar el problema.

Lo que ocurre es que, en muchos bebés y niños pequeños, a veces se manifiesta un seudoestrabismo (estrabismo falso), que parece bizquera, sin serlo en realidad, y que se corrige cuando el niño adquiere una mejor coordinación visual y muscular. Pero, en caso de duda, es imprudente correr riesgos, y es preferible que el profesional diagnostique la verdadera situación.

En los casos de verdadero estrabismo, cuando el niño dirige la vista a algún objeto, sólo un ojo está "trabajando". El otro mira hacia otra dirección. Esto produce una molestia que el pequeño no puede tolerar por largo rato. En consecuencia, como espontáneo mecanismo, se va suprimiendo la vista de un ojo y, en un tiempo más o menos largo, sólo se está utilizando el otro.

Es en esto que radica el mayor peligro del estrabismo, no meramente en las consideraciones estéticas. El ojo no utilizado va perdiendo gradualmente su capacidad para ver, y a veces ello ocurre en el término de sólo unos cuantos meses, sin que el niño ni sus padres lo adviertan.

El estrabismo puede obedecer a diversas causas, de modo que el especialista deberá hacer una cuidadosa evaluación de cada caso concreto, antes de llegar a conclusiones respecto al tratamiento a seguir, pues éste variará según sea la causa subyacente que provoca el problema. Si la causa del estrabismo es alguna debilidad muscular, probablemente se note desde antes de que el bebé cumpla un año.

ser así, la situación deberá discutirse con el médico.

Cuando el bebé empieza a gatear, usted notará su habilidad para ver pequeñísimos objetos que a veces encuentra en el suelo, pues en seguida los persigue y trata de recogerlos. En esta fase, ya el niño suele reconocer las caras familiares, alegrándosele su rostro con una sonrisa, desde una distancia de 7, 8 ó 9 metros.

Si en esta fase, o a veces desde antes, usted advierte que el niño parpadea mucho o se frota los ojos con frecuencia, infórmeselo al médico.

Todos los niños, cuando empiezan a caminar y todavía tienen una pobre coordinación muscular, ocasionalmente tropiezan con algún objeto que encuentran a su paso, sobre todo si se encuentran distraídos con algún otro estímulo. Sin embargo, si esto parece suceder con frecuencia exagerada, de modo que el niño siempre está dándose golpes contra todo, lo mejor será hacérselo notar al profesional, pues tal vez su hijo tenga algún problema que requiere atención.

En cambio, no hay que preocuparse mucho si los niños de edad preescolar, cuando están hojeando algún libro de láminas, se lo acercan tanto a la cara, que el libro casi llega a tocarles la nariz. Está comprobado que muchos niños, con una visión perfecta, tienden a hacer esto. El mismo síntoma, sin embargo, ya reviste mayor importancia cuando se trata de un niño de edad escolar.

A la edad de cuatro años, ya casi todos los niños tienen la suficiente comprensión para poder cooperar con el médico o la enfermera en las pruebas de acuidad visual. Es conveniente someterlo a dichas pruebas, aunque no se hayan observado síntomas anormales, ya que el examen profesional puede descubrir deficiencias que no hayan sido advertidas por los padres. A veces, las deficiencias son tan benignas, que no exigen un tratamiento específico, ni tampoco la prescripción de lentes, aunque posiblemente el oftalmólogo desee repetir estos exámenes visuales con mayor frecuencia. También debe señalarse que la fatiga, la distracción o el simple hecho de no haber entendido las instrucciones dadas por el médico, son factores que pueden determinar que un niño, a pesar de tener una vista normal, falle en el examen visual. Por eso, muchas veces el médico prefiere repetir el examen en una o dos ocasiones más, para cerciorarse de que no se equivoca en su evaluación.

Casi todos los pediatras, hoy en día, sugieren que la vista

del niño sea examinada por un especialista entre la edad de tres y cuatro años. Luego debe ser examinada de nuevo cuando el niño va a ingresar en la escuela primaria y, a partir de ese momento, bastará con que los exámenes se repitan cada tres o cuatro años, a menos que el médico haya indicado una mayor frecuencia o que sobrevengan síntomas anormales, que antes no habían estado presentes.

La mayoría de los niños que necesitan lentes, aun los más pequeños, suelen adaptarse a usarlos sin protestas y sin problemas, ya que ellos mismos son los primeros en sentirse más "cómodos" después que empiezan a usarlos. Excepcionalmente, cabe la posibilidad de que el niño se resista tenazmente a ponerse los lentes, y se acostumbre a dejarlos siempre en cualquier lugar, no usándolos casi nunca. En casos así, converse con el médico acerca de esta situación. A veces, el profesional autoriza que el niño prescinda de los lentes por un poco más de tiempo, hasta alcanzar un grado mayor de madurez, que le permitirá comprender claramente la necesidad de ponérselos.

Además de los síntomas que ya hemos indicado, los padres harán bien en tratar de observar si sus hijos presentan uno o más de los que enumeramos a continuación, pues muchas veces podrían indicar algún trastorno de la vista que necesite de la atención profesional. Tales señales son:

1. Fruncir el entrecejo con mucha frecuencia.

2. Ladear la cabeza o inclinarla hacia adelante, en un esfuerzo por ver mejor.

3. Cerrar un ojo o cubrírselo con la mano, para tratar de ver sólo con el otro.

4. Dificultad para percibir objetos distantes.

5. Sensibilidad exagerada a la luz.

6. Párpados inflamados o enrojecidos; ojos acuosos.

7. Vértigo, náusea, dolor de cabeza.

8. Irritabilidad, y falta de interés en los juegos que requieran un uso sostenido de la visión.

LA OBESIDAD Y LA FALTA DE PESO EN LOS NIÑOS

La tendencia a la obesidad, en los niños, es un problema que desafortunadamente continúa siendo subestimado por muchas madres. A esa tendencia contribuyen varios factores, entre los cuales debemos destacar la herencia, el régimen alimenticio habitual, la falta de ejercicio y la sicología individual.

El desarrollo económico en las sociedades actuales ha contribuido a que se abuse de la comida. Los niños dejan de tomar agua, para sustituirla por refrescos embotellados, y los helados, los caramelos, los bombones y otras golosinas parecen haberse convertido en alimentos punto menos que indispensables en la vida diaria de muchos niños. También hay tendencia a abusar del azúcar en casi todas sus formas.

Si la madre no cuida de que su hijo siga un régimen alimenticio sano, completo y adecuadamente balanceado, estará dando lugar a que se manifiesten problemas de la nutrición, que no solamente provocan desarreglos gástricos y del aparato digestivo general, sino también obesidad.

En contra de lo que se cree, la mayoría de los casos de obesidad **no** responde a trastornos glandulares. Es cierto que hay algunos casos, pero son los menos. Hemos de ser honrados y admitir que los excesos en las comidas real y efectiva-

mente constituyen la primera y principal causa de la obesidad, tanto en los niños como en los adultos, y es desafortunado que muchas veces sean las mismas madres las que inician a sus hijos en un sistema de hábitos alimenticios nocivos.

Ya antes, cuando hablamos de la alimentación del bebé y del niño pequeño, señalamos lo contraproducente que resulta querer "atiborrar" de comida a nuestros hijos, y también apuntamos el hecho de que los niños "gorditos" distan mucho de ser los más sanos.

Cuando los padres notan que sus hijos están engordando más de la cuenta, lejos de desentenderse de este problema, deben tratar de aplicar las medidas prácticas más conducentes para controlar la situación a tiempo, procurando que, en su alimentación diaria, el niño no consuma un exceso de grasas, de alimentos fritos, de golosinas azucaradas y, de calorías.

También se debe tratar de estimular al niño para que no lleve una vida demasiado sedentaria, siempre sentado frente al televisor. Por el contrario, conviene que diariamente se ejercite lo suficiente. Si ello implica que el papá deba invitar al niño a salir un rato al patio para jugar a la pelota, debe hacerlo (de paso, el papá también se estará haciendo un beneficio a sí mismo).

En los casos en que el ejercicio y la dieta no parezcan ser suficientes para controlar la tendencia del niño a la obesidad. la situación debe ser discutida con el médico.

Los padres nunca deben comenzar, por su cuenta y riesgo, a darle al niño medicamentos ni píldoras de ningún tipo para reducirles el apetito, ni tampoco deben suprimir de su menú habitual alimentos que pueden resultar esenciales para su salud.

La falta de peso, es decir, todo lo contrario de la obesidad, tampoco es deseable. Si el niño se alimenta bien y, a pesar de todo, se mantiene muy por debajo de su peso normal, ello puede ser síntoma de que existe alguna enfermedad subyacente, que está interfiriendo con el proceso normal de la nutrición y el crecimiento. Los casos de falta de peso pueden obedecer a muchas razones, pero entre ellas deben mencionarse los **trastornos cardíacos** y la **fibrosis quística.**

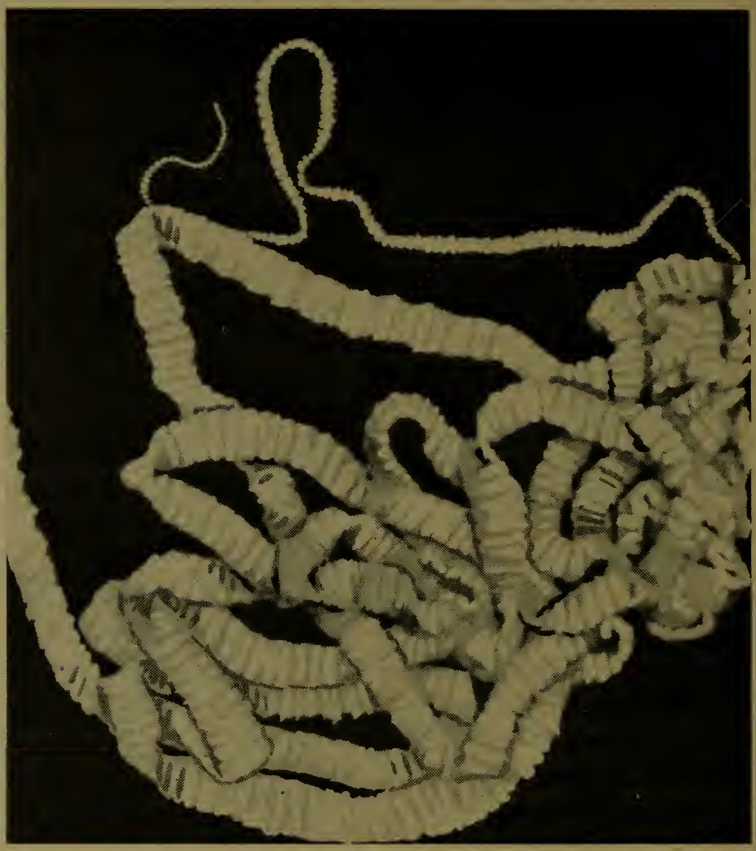
Cuando no existen problemas de tipo patológico que expliquen la falta de peso, y el médico llega a la conclusión de que se trata simplemente de un niño sano y normal, pero delgado, por ser ésa su constitución física, entonces no hay razón alguna para querer hacerlo engordar artificialmente. A este

niño, no hay por qué comenzar a darle suplementos vitamínicos ni minerales, a menos que el médico los prescriba. Si el médico indica que se aumente un poco la cantidad de calorías en el alimento diario que se le da a un niño delgado, debe hacerse así, pero tampoco hay necesidad de caer en el extremo de exagerar esta recomendación, creando entonces un problema de obesidad donde antes no lo había.

Hemos de insistir en el hecho de que la delgadez, por sí misma, no constituye razón válida para impulsar a los padres a limitar el ejercicio físico que habitualmente realiza el niño, forzándolo a llevar una vida apacible y sedentaria, pensando que, si corre y juega igual que los demás amigos y compañeros de su edad, por ello va a "debilitarse". A menos que el médico, por alguna razón especial, lo indique expresamente y prescriba un mayor tiempo de reposo, nada se opone a que un niño delgado juegue, corretee, se divierta y lleve una vida activa.

Tratándose de bebés muy pequeños aún, si no presentan un aumento de peso progresivo normal y el pediatra no acierta a descubrir las causas, es muy probable que se resuelva a prescribir la hospitalización. Los padres no deben alarmarse porque el médico recomiende esta medida. Ello no significa que el pequeño esté grave, sino solamente que su caso requiere un estudio más concienzudo y pormenorizado para determinar por qué no alcanza su peso normal, y es en el hospital o clínica donde el pediatra puede contar con los recursos y métodos necesarios para hacer una completa evaluación del caso y llegar a conclusiones atinadas.

Señalemos también que ciertas enfermedades de carácter agudo, como la meningitis, pueden interferir con el mecanismo orgánico de la nutrición y dar lugar a una pérdida de peso, pero ya esto cae dentro de los casos excepcionales. Como regla general, podemos afirmar que es cierto que el organismo del niño tiende a autorregular su consumo de calorías y, si la madre no fuerza al pequeño a comer de más, lo más probable es que el niño, automáticamente, sólo ingiera, aproximadamente, las calorías que de veras necesita. Cuando muchos niños rechazan porciones exageradas de comida o porciones adicionales después de haber ingerido una primera ración satisfactoria, casi nunca lo hacen por mero "desgano" o por no tener un apetito normal, sino porque verdaderamente su cuerpo no requiere tanto alimento.



La tenia o solitaria, expulsada después del adecuado tratamiento. El parasitismo intestinal aún no ha sido eliminado.

EL PARASITISMO INTESTINAL EN LOS NIÑOS

Dos o tres décadas atrás, el parasitismo intestinal todavía constituía uno de los problemas más serios en cuanto a la salud del aparato digestivo infantil. De entonces a la fecha, se han ganado muchas batallas, pero no puede afirmarse que el parasitismo haya sido totalmente eliminado, ni tampoco —como equivocadamente se sostiene a veces— que los parásitos constituyan una amenaza sólo en las capas más pobres de la población. Lejos de ello, cualquier niño puede verse afectado por

el parasitismo, por lo que es conveniente que las madres posean algún conocimiento básico sobre la situación.

Comencemos por señalar que la mayoría de las personas ingiere huevos de parásitos de vez en cuando. Esto es inevitable. Lo que ocurre es que muchas variedades de parásitos son totalmente inofensivas y, además, los ácidos naturales del estómago generalmente se encargan de matarlos.

No obstante, en los niños (que tienen menos ácidos estomacales) y en algunos adultos con poca acidez, los huevos ocasionalmente sobreviven y pasan a incubarse en el intestino. Una vez allí, los parásitos **no** siguen multiplicándose indefinidamente, como erróneamente se cree. Lo más frecuente es que mueran sólo en el término de unas pocas semanas y que aumenten si la persona vuelve a ingerir por vía oral nuevos huevos.

Hoy en día, los parásitos rara vez llegan a ocasionar un problema verdaderamente grave. Pueden, no obstante, causar molestias y complicaciones, que a veces llegan a requerir tratamiento médico.

Antes se preferían los tratamientos drásticos y rápidos, muchas veces ni siquiera prescritos por el médico, pues se ponía mucha fe en los remedios caseros. Hoy, por el contrario, casi todos los pediatras optan por tratamientos menos fuertes, pero más eficaces y menos peligrosos, pues no irritan innecesariamente el intestino.

Los enemas, el ayuno prolongado y los famosos medicamentos en polvo para expulsar los parásitos, no cabe duda, muchas veces lograban la finalidad perseguida, pero a costa de producir un tremendo abatimiento, una gran debilidad y un marcado decaimiento.

Algunos médicos, pues, prescriben drogas, como la piperazina y otras similares, de ingredientes menos activos y de efectos menos potentes, pero también eficaces, aunque actúan con mayor lentitud.

También muchos pediatras son partidarios de recomendar que el niño ingiera frutas ácidas —que, en contra de lo que comúnmente se cree, sí suelen gustarle— con la finalidad de estimular la acidez estomacal.

EL CANCER INFANTIL

UNO DE LOS MAYORES PROBLEMAS con los distintos tipos de cáncer infantil es la posibilidad de que el tiempo pase sin que se sospeche la existencia del mal. El doctor Louis Murphy, pediatra de sólido prestigio, manifiesta la importancia de que la dolencia se descubra en sus fases iniciales. La posibilidad de salvar la vida del niño mediante la cirugía, la radioterapia y las drogas, es muchísimo mayor cuando el mal se diagnostica a tiempo. La leucemia, por fortuna, es una de las modalidades cancerosas de más fácil diagnóstico.

EL LLAMADO TUMOR DE WILMS, cáncer del riñón al que se atribuye un origen congénito, hasta hace algunos años era considerado como una enfermedad fatal, al menos en un 40% de los casos. Hoy, gracias a los nuevos hallazgos de la química, se ha logrado que los síntomas cedan por espacio de dos años y aún más. **En el caso específico** de esta dolencia, ello puede considerarse equivalente a una cura definitiva, ya que son rarísimos los casos en los que la enfermedad reaparece después de ese término.

EL CANCER INFANTIL NO ES COMUN y las madres **no deben** alarmarse indebidamente. Sin embargo, harán bien en prestar atención a los siguientes síntomas específicos, poniéndolos en conocimiento del pediatra tan pronto los observen:

- Inflamaciones **persistentes** en cualquier parte del cuerpo del niño. Han de notificarse al médico si no desaparecen en el término de breves días.

- Llanto, mal humor, hemorragias, constipación de vientre (estreñimiento), tos, vómitos y cojera, **si se repiten con insistencia.**

• Cambios **sostenidos** en los rasgos físicos o en la coloración de la piel.

Estos síntomas **no implican** en modo alguno la presencia de un tumor canceroso. Lo más probable, en la inmensa mayoría de los casos, es que respondan a otras causas completamente ajenas al cáncer. Pero lo sensato es mantener al médico informado, sin pérdida de tiempo. La salud del niño y la misma tranquilidad de los padres así lo exigen. La leucemia, que puede diagnosticarse fácilmente mediante un rápido análisis, suele evidenciarse en los siguientes síntomas, que **también pueden responder a otras causas completamente ajenas:**

- Magullamientos frecuentes.
- Cansancio y palidez **persistentes.**
- Infecciones repetidas.

TUMORES SOLIDOS MAS COMUNES EN LOS NIÑOS Y EDADES EN QUE SE PRESENTAN:

- **Cáncer del sistema nervioso central** (cerebro, médula). De los 2 a los 15 años.
- **Linfomas** (enfermedad de Hodgkin, linfosarcomas). De los 5 a los 19 años.
- **Neuroblastoma** (cáncer de las células nerviosas). Desde el nacimiento hasta los 8 años.
- **Tumor de Wilms** (cáncer del riñón). Desde el nacimiento hasta los 7 años.
- **Cáncer de los huesos.** De los 4 años en adelante.
- **Cáncer de las fibras musculares.** Desde el nacimiento hasta los 4 años.
- **Cáncer del hígado.** Desde el nacimiento hasta los 4 años.
- **Retinoblastoma** (cáncer de los ojos). Desde el nacimiento hasta los 3 años.
- **Teratoma** (cáncer de la pelvis, el pecho o las glándulas sexuales). Desde el nacimiento hasta los 4 años.

PREGUNTAS MAS FRECUENTES DE LAS MADRES DE UN NUEVO BEBE

A veces, la conducta y apariencia física del nuevo bebé pueden preocupar o confundir a los padres que no saben muy bien qué esperar. Si tiene usted un nuevo niño, o está próxima a tenerlo, las respuestas ofrecidas a las preguntas que aparecen a continuación pudieran proporcionarle tranquilidad.

¿Por qué no es redonda la cabeza de mi bebé?

La cabeza del bebé pudiera deformarse un poco al nacer, mas esta "cabeza vaginal", como se le llama, pronto se redondeará, casi siempre en cuestión de muy pocos días.

¿Es anormal que los pies del bebé se tuerzan hacia dentro?

No, a menos que la torcedura sea extrema. El bebé simplemente pone sus pies en la posición a que se acostumbró en el seno materno, donde un pie estaba colocado sobre el otro.

¿Requiere cuidados especiales el muñón del cordón umbilical?

El muñón mismo, no; por lo común se cae alrededor del noveno día. El ombligo podrá rezumar entonces levemente, por dos o tres días. (Si la secreción dura más, consulte al pediatra). Mantenga limpia la zona lavándola suavemente con agua y jabón, o alcohol, una o dos veces al día. El mismo médico que ve al recién nacido, o las enfermeras, le darán las instrucciones necesarias.

Mi bebé "devuelve" después que se le alimenta. ¿Significa eso algo malo?

Se trata de algo común. Para reducirlo, haga eructar al bebé, cuidadosamente, a la mitad de cada toma, y también al final.

¿Con cuánta rapidez debe aumentar de peso mi bebé?

Lo importante es con cuánta **constancia** debe aumentar, y no la rapidez y cuantía del aumento. En su mayoría, los bebés aumentan alrededor de un cuarto de kilogramo por semana durante los primeros meses. Después, deberán aumentar aproximadamente medio kilo por mes, desde los cinco hasta los doce meses. Una ligera pérdida de peso en la primera semana siguiente al nacimiento es normal.

¿Es posible que al bebé se le alimente con exceso?

Sí. A veces los padres creen erróneamente que cada vez que el bebé llora tiene hambre. Si han pasado tres o cuatro horas desde su toma anterior, pudiera ser así, pero en la mayoría de las demás ocasiones, pudiera deberse a que está sucio o mojado, o simplemente a que quiere atención.

Para asegurarse de no alimentar en exceso al bebé, puede calcularse que, después de los primeros días, debe ingerir diariamente 130 a 200 centímetros cúbicos de leche por cada kilogramo de su peso. La cantidad total diaria debe repartirse entre seis o siete tomas. Si le da el pecho, el mismo bebé determinará la cantidad que le conviene. Recuerde que los bebés, como los adultos, tienen más hambre a unas horas que a otras, de modo que no espere que ingiera la misma cantidad en todas las tomas.

Si doy el pecho, ¿cómo puedo estar segura de tener suficiente leche para satisfacer las necesidades de mi bebé?

Si cree no tener bastante leche, el doctor Mike Lewis, Director del Laboratorio Infantil del Servicio Educacional de Mediciones, de Princeton (Estados Unidos), sugiere que se le ofrezca al bebé un biberón después de haber terminado de mamar; si lo recibe, es que todavía está hambriento; si no, el volumen succionado es suficiente.

¿Debo tener cuidado especial con la "mollera" del bebé?

No. De hecho, el bebé tiene dos fontanelas: la anterior, situada hacia el frente de lo alto de la cabeza, y la posterior, menos advertida, que se encuentra en la parte de atrás de lo alto de la cabeza. La posterior se cierra en tres o cuatro meses; la anterior, en unos dieciocho. Puede tocar y limpiar esas zonas con igual cuidado con que trata el resto del cráneo.

Cuando el bebé se sorbe la nariz y estornuda, ¿significa eso que tiene catarro?

No, a menos que también sufra de fiebre y no se muestre alerta y activo como siempre. Los vellos nasales aún no están lo suficientemente desarrollados para expulsar las mucosidades, que pueden acumularse en las fosas nasales y dificultar la respiración. Para desalojarla utilice una tela húmeda.

¿Es de preocuparse que los ojos del bebé no enfoquen correctamente?

En su mayoría, los bebés incurren ocasionalmente en estrabismo convergente y divergente, pero los ojos van armonizándose a medida que crece. (Si los ojos se presentan estrábicos la mayor parte del tiempo, consulte al pediatra). A veces, el bebé se pone bizco al mirar algo que tiene en sus manos, porque sus brazos son cortos y el objeto está muy cercano.

¿Son permanentes las marcas rojas en la piel de mi bebé?

No sería lo usual. Es común la presencia de marcas rojizas en la parte posterior del cuello y en los párpados. A menudo, aparecen entre una y cuatro semanas de nacido, y desaparecen al cabo de un año, aproximadamente. A veces hay, al nacimiento, un grupo de vasos sanguíneos, de un rojo brillante, levantados en la superficie de la piel; otras veces aparecen al primero o el segundo mes. Suelen desaparecer gradualmente por sí solos.

¿Puede permitirse al bebé rascarse con las uñas de las manos y los pies?

Sí. Manténgaselas cortas. Recórteselas con una tijera para uñas, y en forma recta.

¿Puedo llevar conmigo al bebé a donde quiera que vaya?

En la mayoría de los casos, sí; los bebés son recios, relativamente. Pero si va a estar en un sitio donde el niño pueda quedar expuesto a gérmenes e infecciones, lo mejor, si puede, será dejarlo en casa.

AMPLIANDO LA FAMILIA

EL "MEJOR MOMENTO" PARA TENER UN SEGUNDO HIJO

La planificación familiar es un tema de perenne interés para el matrimonio mientras la mujer todavía tiene posibilidad de concebir. Sin embargo, en muchos casos, es cuando ya se ha tenido un primer hijo que la pareja comienza a reflexionar más seriamente sobre la necesidad o conveniencia de no dejar puramente al azar la llegada del segundo. Marido y mujer —ya padres de su primogénito— experimentan dudas en torno a las ventajas y desventajas de apresurar o posponer la segunda visita de la tradicional cigüeña.

Admitido el hecho de que los padres desean tener más de un hijo, la pregunta que en seguida surge es ésta: ¿cuál es la diferencia más deseable de edad entre los dos hermanos? ¿Un año, dos, menos de cuatro años?

Uno de los aspectos que más preocupa a muchos padres es el de los posibles "traumas" que la llegada del hermanito pueda ocasionar al primogénito. Así, se ha señalado que, cuando el segundo llega antes de que el primero tenga 15 meses de edad, habrá menos problemas de índole sicológica, pues el mayor todavía no ha tenido tiempo de acostumbrarse a la "posesión exclusiva" sobre sus padres. El tener que compartirlos con su hermano, pues, le hará menos impacto.

Enfocadas las cosas desde este punto de vista, es posible que la anterior tesis sea la más acertada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que —por circunstancias económicas, de salud o de otro tipo— no siempre lo más recomendable es "encargar" el segundo hijo tan próximo al primero. Además, el posible impacto emocional que tenga sobre el primogénito la llegada de un hermano siempre puede contrarrestarse con la preparación adecuada y con una actitud correcta por parte de los padres.

Algunos autores que escriben sobre temas de sicología infantil han apuntado la idea de que la rivalidad entre los her-

manos será menor si entre uno y otro hay una diferencia de edad de cinco o seis años. Este criterio, sin embargo, es rechazado por muchos sicólogos. Aunque el niño de cinco o seis años tiene ya más entendimiento para asimilar las explicaciones que se le den sobre la llegada de un hermanito, la presencia de un bebé en casa de todos modos lo "fastidiará" muchísimo. Existe, además, el agravante de que, tan pronto el pequeñín empiece a crecer, comenzará a "meter mano" en las pertenencias del mayor, para desesperación de éste. Ello hace que las rivalidades y batallas entre dos hermanos de cuatro y diez años de edad, respectivamente, a veces sean mucho peores que, por ejemplo, entre dos hermanos de cuatro y seis años. Los factores de camaradería y compañerismo, salvo casos de excepción, también tienden a operar menos cuando la diferencia de edades es mayor de cuatro años.

En vista de todo ello, algunos sicólogos recomiendan a los padres que no teman tanto a los celos que el hijo mayor pueda sentir por la venida del segundo, y que no pospongan demasiado el "encargar" a éste, si de veras desean aumentar su familia y no hay motivos de envergadura que aconsejen esperar. Esos celos del primogénito, a fin de cuentas, serán temporales, y los padres, con una actitud inteligente, observadora y constructiva, podrán canalizar las rivalidades inevitables y normales que siempre surgirán.

Otra posible desventaja que implica el espaciar demasiado la llegada de los hijos —sobre todo desde el punto de vista de los padres, y de la madre en particular— es el tener que "volver a empezar", prolongando demasiado el período de la vida que se tiene que dedicar al cuidado y la atención de niños pequeños. Aunque a muchas madres, a simple vista, pueda parecerles agotador tener que lidiar con dos niños pequeños a la vez, a veces esto es preferible a "tener hijos únicos por turno", es decir, a enviar a uno al kindergarten o a la escuela para entonces tener que "empezar con el otro".

La opinión predominante entre los expertos en sicología infantil favorece decididamente la idea de no espaciar demasiado la llegada de los hijos. Señalan que bien vale la pena soportar los inconvenientes o desventajas que implica la crianza un poco "agitada" de los hijos cuando coinciden en el hogar dos o más pequeños que se llevan poca edad, con tal de que resulten mejor ajustados y más fuertemente vinculados por lazos de adhesión y de compañerismo.

DATOS Y HECHOS
MAS IMPORTANTES EN LA VIDA DE SU
BEBE

de su nacimiento hasta los 6 años

DATOS DEL NACIMIENTO

Es _____

_____

Nació mes _____ *día* _____ *año 19* _____

hora _____ *pm* □ *am* □

Médico _____

Enfermera _____

Lugar de nacimiento _____

_____

hospital □ *casa* □

Dirección _____

_____

_____

pueblo _____ *ciudad* _____

país _____

Mano izquierda

Mano derecha

_____ *edad*

_____ *edad*

HUELLAS

Pie izquierdo

Pie derecho

_____ *edad*

_____ *edad*

DATOS DEL BEBÉ

Nombre:

Pesó: *Midió:*

Circunferencia de la cabeza: *del pecho:*

Pelo: cantidad: *color:* *tipo:*

Color de los ojos: *de la piel:*

Complexión: ancha □ *mediana* □ *fina* □

Forma de la cabeza:

Nació de: 9 meses □ *7 meses* □

Factor Rh: positivo □ *negativo* □

Tipo de sangre:

Marcas de nacimiento:

Posición al nacer:

Tipo de parto: *Tiempo de parto:*

Ropa que le pusieron al nacer:

Color:

Salud al nacer: buena □ *regular* □ *mala* □

¿Necesitó cuidados especiales? ¿Cuáles?

Foto de papá

Foto de mamá

Foto de la casa

BIENVENIDA AL BEBÉ

Primeras palabras de la madre:

Primeras palabras del padre:

¿Quién lo vio primero?

¿Quién lo cargó primero?

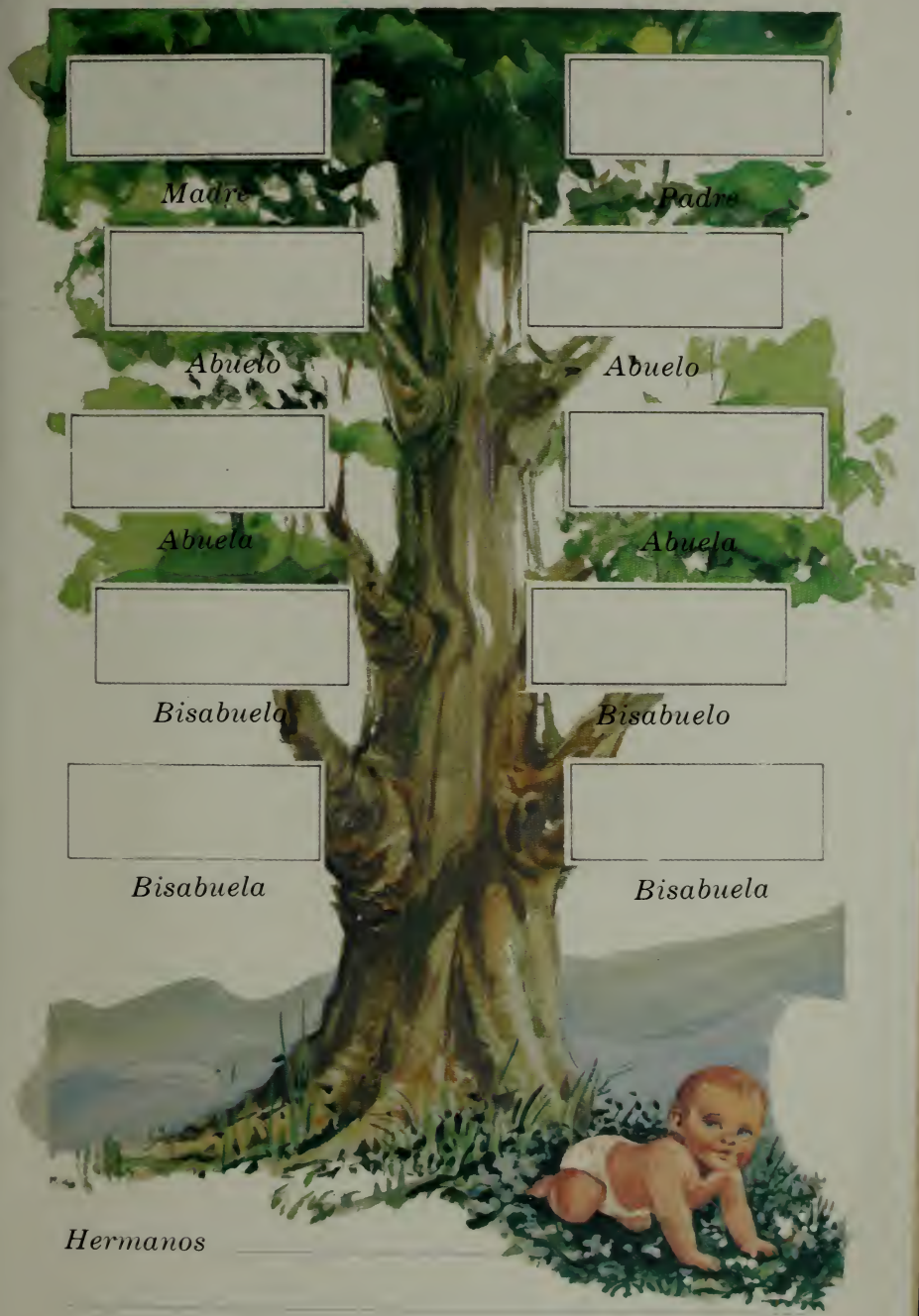
Comentario de los hermanos:

Primeras personas que lo vieron:

Primeras personas que lo llamaron:

Primeros regalos:

Foto de los hermanos



ARBOL GENEALOGICO

BAUTISMO

Se bautizó el día: *del mes de:* *del año 19*

a las: *en la iglesia:*

pueblo: *ciudad:*

país:

Nombre de bautismo:

Nombre de la madrina:

Nombre del padrino:

Nombre del sacerdote:

Nombre de la madrina de brazos:

Color de la ropa:

¿Quién se la hizo?

¿Quién se la regaló?

Regalos que recibió:

A los 2 meses

A los 4 meses

A los 6 meses

A los 8 meses

PRIMERAS ACTIVIDADES

Primera sonrisa: *¿Para quién?*

Primera vez que se viró solo:

Primera comida: *¿Cuál fue?*

Primera carcajada: *¿Para quién?*

Primer balbuceo: *¿Para quién?*

Primera vez que se sentó solo:

Primer objeto que agarró: *¿Cuál fue?*

Primera vez que gateó:

Primera vez que se paró:

Primeros pasos:

Primera palabra que dijo:

fecha: *¿A quién?*

Caminó solo: *edad:*

Primer diente:

Primer beso:

Primera caída:

Primera vez que bebió solo: *¿Qué fue?*

Primer regaño: *¿Por quién?*

¿Por qué?

Primer paseo: *¿A dónde?*

Primer viaje: *¿A dónde?*

PRIMER PELADO

Foto antes de pelado

Foto después de pelado

Mechón de pelo

PRIMERA COMUNION

Tomó la Primera Comunión en la iglesia: _____

_____

el día: _____ *del mes de:* _____ *del año 19* _____

El sacerdote fue: _____

Padrino de comunión: _____

Madrina de comunión: _____

Maestra de catecismo: _____

Foto de la primera comunión:

PRIMERA NAVIDAD

Tenías _____ *años* _____

La pasaste en: _____

con: _____

Te regalaron: _____

PRIMEROS REYES

Tenías _____ *años* _____

La pasaste en: _____

con: _____

Te regalaron: _____

CONVERSACION

Al año habla:

correctamente □ *con dificultad* □ *no habla* □

oraciones completas □ *frases* □ *palabras sueltas* □

A los dos años habla:

correctamente □ *con dificultad* □ *no habla* □

oraciones completas □ *frases* □ *palabras sueltas* □

A los tres años habla:

correctamente □ *con dificultad* □ *no habla* □

oraciones completas □ *frases* □ *palabras sueltas* □

Observaciones:

¡A LA ESCUELA!

Primera escuela:

dirección:

grado: *fecha:* *edad:*

Nombre de la primera maestra:

Lo primero que aprendió:

Lo primero que dibujó:

Su primer trabajo manual:

Comportamiento en el aula:

Opinión de la maestra:

Sus amiguitos:

Progreso escolar:

Datos escolares:

Edad: *Escuela:* *Grado:* *Maestra:*

5 años:

6 años:

HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS

Aprendió los números a los _____ años de edad
antes de ir a la escuela □ *en la escuela* □

Aprendió las letras a los _____ años de edad
antes de ir a la escuela □ *en la escuela* □

Su memoria es:
muy buena □ *buena* □ *regular* □ *mala* □

Se interesa por las cosas:
sí □ *no* □ *regular* □

Hace muchas preguntas:
sí □ *no* □ *regular* □

Aprende cantos, cuentos, versos de memoria:
sí □ *no* □ *regular* □

Aprendió a escribir a los _____ *años de edad*
en casa ☐ *en la escuela* ☐

Aprendió a leer a los _____ *años de edad*
en casa ☐ *en la escuela* ☐

Aprendió a contar a los _____ *años de edad*
en casa ☐ *en la escuela* ☐

¿Qué prefiere?

leer ☐ *escribir* ☐ *jugar* ☐ *dibujar* ☐ *cantar* ☐

oír música ☐ *bailar* ☐ *juegos para armar* ☐

Le gusta crear cosas:
sí ☐ *no* ☐ *regular* ☐

Nota: _____

PERSONALIDAD

Es un niño seguro de sí mismo: *sí* □ *no* □ *regular* □

Es tímido: *sí* □ *no* □ *regular* □

Es activo: *sí* □ *no* □ *regular* □

Le gusta mantener sus ideas: *sí* □ *no* □ *regular* □

Cede a las ideas de otros: *sí* □ *no* □ *regular* □

Es de carácter: *fuerte* □ *normal* □ *débil* □

Es *obediente* □ *desobediente* □ *normal* □

En un grupo con otros niños

es el líder: *siempre* □ *algunas veces* □ *nunca* □

es el último del grupo: *siempre* □ *algunas veces* □

es de la mayoría: *siempre* □ *algunas veces* □ *nunca* □

Sabe siempre lo que quiere: *sí* □ *algunas veces* □ *nunca* □

Se oculta o se aleja si ve muchas personas juntas:

sí □ *no* □ *regular* □

si éstas son extrañas □ *aunque las conozca* □

Habla con facilidad a extraños: *sí* □ *no* □ *regular* □

a amigos: *sí* □ *no* □ *regular* □

Tiene amigos: *muchos* □ *pocos* □ *ninguno* □

Se lleva mejor con: *niños* □ *niñas* □ *ambos* □

Le gusta estar solo: *sí* □ *no* □ *regular* □

en grupos: *sí* □ *no* □ *regular* □

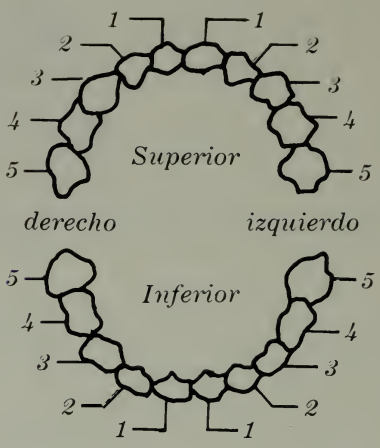
¿Qué actividades prefiere?

Es comunicativo □ *callado* □

Se lleva bien con otros niños: *sí* □ *no* □ *regular* □

con los mayores: *sí* □ *no* □ *regular* □

DENTICION DEL BEBÉ



1. *Incisivo central (7½ meses)*
2. *Incisivo lateral (9 meses)*
3. *Canino (18 meses)*
4. *Primer molar (14 meses)*
5. *Segundo molar (24 meses)*

5. *Segundo molar (20 meses)*
4. *Primer molar (12 meses)*
3. *Canino (16 meses)*
2. *Incisivo lateral (7 meses)*
1. *Incisivo central (6 meses)*

FECHAS DE LA DENTICIÓN

Superior	*Derecho*	*Izquierdo*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Inferior	*Derecho*	*Izquierdo*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

RECORD DE VISITAS AL DENTISTA

1 año	*2 años*
3 años	*4 años*
5 años	*6 años*

ES TU PRIMER CUMPLEAÑOS

Te visitaron:

Te regalaron:

Te lo celebramos:

Te visitaron:

Te regalaron:

Te lo celebramos:

EN TU TERCER CUMPLEAÑOS

Te visitaron:

Te regalaron:

Te lo celebramos:

HOY CUMPLES CUATRO AÑOS

Te visitaron:

Te regalaron:

Te lo celebramos:

ES TU QUINTO CUMPLEAÑOS

Te visitaron:

Te regalaron:

Te lo celebramos:

YA TIENES SEIS AÑOS

Te visitaron:

Te regalaron:

Te lo celebramos:

TABLA DE CRECIMIENTO Y PESO

Edad	Fecha	Crecimiento	Peso
1era. semana			
2da. "			
3ra. "			
1er. mes			
2do. "			
3er. "			
4to. "			
5to. "			
6to. "			
7mo. "			
8vo. "			
9no. "			
10mo. "			
11no. "			
1er. año			
2do. "			
3ro. "			
4to. "			
5to. "			
6to. "			

ENFERMEDADES INFANTILES

	Fecha	*Edad*		*Fecha*	*Edad*
Varicelas			*Roséola*		
Sarampión			*Difteria*		
Chinas			*Mononucleosis*		
Paperas			*Tétano*		
Viruelas			*Tuberculosis*		
Tos ferina			*Poliomelitis*		
Rubéola			*Tifo*		
Otras			*Otras*		

RÉCORD DE VISITAS AL MÉDICO

1ra. semana	*2da. semana*	*3ra. semana*
4ta. semana	*2 meses*	*3 meses*
4 meses	*5 meses*	*6 meses*
7 meses	*8 meses*	*9 meses*
1 año	*2 años*	*3 años*
4 años	*5 años*	*6 años*

PADECIMIENTOS

Asma _____ *Garganta* _____

Coriza _____ *Adenoides* _____

Hipoglicemia _____ *Oído* _____

Diabetes _____ *Riñones* _____

Fiebre reumática _____ *Vista* _____

Artritis _____ *Corazón* _____

Sinusitis _____ *Hígado* _____

Úlceras _____

ALERGIAS

1. _____ *4.* _____

2. _____ *5.* _____

3. _____ *6.* _____

OPERACIONES *FECHA*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

TABLA DE VACUNAS

Esta tabla es sólo una guía para las vacunas de su bebé. El médico de su niño es el que determina las vacunas que deben ponerse y la fecha más aconsejable.

2 meses o antes

Poliomielitis (oral)

Difteria

Tétanos

Tos ferina

3 meses

Difteria

Tétanos

Tos ferina

4 meses

Poliomielitis (oral)

Difteria

Tétanos

Tos ferina

6 meses

Poliomielitis (oral)

15 meses

Sarampión

Paperas

Rubéola

Entre 15 y 18 meses

Poliomielitis (oral)

Difteria

Tétanos

Tos ferina

Entre 4 y 6 años

Poliomielitis (oral)

Difteria

Tétanos

Tos ferina

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

*Nombre y apellidos*_____

_____

*Fue inscrito en el Registro Civil*_____

*situado en*_____

*en el folio*_____

*tomo*_____

*con el número de registro*_____

*el día*_____

*del mes de*_____

*en el año 19*_____

*por*_____

*Se le puso por nombre*_____

*hijo de*_____

*y*_____

EL FUTURO PADRE TAMBIEN NECESITA PREPARARSE

Es natural que, durante los meses de espera, la "figura estelar" del proceso sea la futura madre. En ella se concentran todas las atenciones y cuidados, hasta el punto de que muchas veces nos olvidamos de que el hombre, tan pronto sabe que hay un hijo en camino, también pasa por una evolución sicológica que no debemos en modo alguno relegar a un segundo plano, sobre todo cuando se trata del primogénito.

Al hombre también le asaltan dudas, que frecuentemente le intranquilizan, sobre el embarazo de su mujer y el nacimiento de su hijo. Lo mejor es que las disipe, desde un principio, dialogando franca y abiertamente con el obstetra que está a cargo del caso. Con él deberá conversar, sin temores ni cortapisas, no sólo sobre todo lo relativo a los honorarios profesionales, los gastos de hospitalización y otros gastos relacionados con la gestación y el parto, sino también sobre cualesquiera otros temas de los que quiera informarse mejor, tales como síntomas que debe vigilar en su esposa a lo largo del embarazo, actividades y ejercicios que ella deba o no deba realizar, distintas maneras en que él pueda ayudarla a sobrellevar mejor la espera, etc.

El hombre que mantiene esta actitud positiva y alerta puede convertirse no sólo en un verdadero pilar de confianza para su mujer, sino también en el mejor auxiliar del médico. Para ello —repetimos— es necesario que esté informado, y la forma de informarse mejor es plantear al médico todas las preguntas y dudas que se tengan.

Si hubiere alguna pregunta, duda o tema que el futuro padre prefiera no plantear en presencia de su esposa, siempre puede ver al obstetra en privado o telefonearle a su consulta.

No todas las preguntas, desde luego, las va a formular el padre. También el médico, ocasionalmente, quizá necesite pedirle alguna información respecto a su historial clínico personal o familiar. En tal caso, deberá contestar a esas preguntas en una forma precisa y clara, sin ocultar ningún hecho.

En las primeras visitas que la pareja haga al obstetra, éste probablemente estime conveniente advertir al futuro padre sobre los cambios físicos y emocionales que se irán presentando gradualmente en su esposa. El hombre, así, estará mejor preparado para reaccionar ante los mismos en la forma más positiva.

En la vida diaria, el hombre podrá ser de gran ayuda si se

apresta a aliviarle a su mujer algunos de los quehaceres domésticos. Si él, por ejemplo, está acostumbrado todas las mañanas a un suculento desayuno, habrá días en los que no deberá pretender que su esposa, quizá afectada por las náuseas, se lo prepare. Será mejor que se lo prepare él y, si ella está por los alrededores, bien puede hacer el sacrificio de prescindir en esos días del tocino, las salchichas o el almíbar para sus panqueques, ya que los olores de esos alimentos son los que más suelen agravar las náuseas de la mujer en los primeros meses de la gestación.

Es perfectamente natural que cualquier hombre, por muy feliz que se sienta ante la idea de ser padre, y por mucha madurez emocional que tenga, ocasionalmente se asuste un poco de las responsabilidades que ahora le aguardan, y hasta que sienta ciertos "celos" del hijo que está por nacer. La importancia de estos estados de ánimo —normales y pasajeros— nunca debe exagerarse. Si persisten, una charla con el médico —o hasta con un buen amigo que ya haya pasado por la experiencia varias veces— puede ser todo lo que el hombre necesite para recuperar su paz mental. Lo que no debe hacer, bajo ningún concepto, es volcar sus ansiedades en su esposa, que nada ganará con intranquilizarse por estas cuestiones (ya ella tiene sus propios temores y reservas con los que lidiar, y no se le deben aumentar.)

Una de las cuestiones que más preocupa al futuro padre es todo lo relativo a las relaciones íntimas durante el embarazo. El obstetra probablemente le advierta que, en una gestación normal, las mismas pueden continuar, por lo menos, hasta el séptimo mes, y aún más allá. De hecho, la mayoría de las mujeres disfrutan normalmente de la intimidad durante sus meses de espera. Hay casos, sin embargo, más bien excepcionales, en los que la mujer puede retraerse, casi siempre por razones de índole nerviosa o emocional. La conversación franca con el obstetra podrá resolver estas situaciones, pero también es necesario que el hombre sepa ser paciente y comprensivo, ya que su egoísmo, desconsideración o rudeza puede surtir los efectos más negativos y contraproducentes en estos casos.

El hombre puede participar en las conversaciones que la mujer tenga con su médico sobre la forma de lactancia —natural, artificial o mixta— que adoptará cuando el niño haya nacido, y expresar su sincera opinión al respecto, pero siempre debe tener presente que es a ella a quien le compete la decisión final. Una vez que la mujer la haya tomado, en uno u otro sentido, el hombre deberá aceptarla sin expresar censura alguna al respecto.

Hay muchas otras formas prácticas en las que el hombre puede

demostrar su interés y su deseo de cooperar. Por ejemplo, si la mujer denota una cierta tendencia a aumentar de peso más allá de lo que el médico estima prudente, y el hombre desea tener alguna atención especial con su mujer, será mejor que le traiga unas flores o una linda cesta de frutas naturales, no una caja de bombones u otras apetitosas golosinas ricas en grasa y en azúcar. Y, en lugar de llevarla a cenar a un restaurante donde ella encontrará un menú lleno de tentadores platos que no debería probar, será mejor llevarla al cine o al teatro, o quizá sorprenderla con un inesperado regalo de algo que ella siempre ha deseado tener. Tampoco el hombre deberá insistir en que ella le prepare a diario platos de alto contenido calórico. A él no le vendrá mal aprovechar esos meses de espera para acostumbrarse a un régimen más sano y balanceado, menos grasoso. Y, si alguna vez es muy grande la tentación de comer un plato "sensacional", pues siempre puede comerlo en algún restaurante, sin la "crueldad" de hacérselo presenciar a ella.

Por último, el hombre no debe caer en el hábito de repetir a su mujer que desea que su hijo sea un niño o una niña. Si nace del sexo opuesto al deseado por el padre, la mujer puede experimentar cierta negativa frustración. Será mejor que él le haga sentir a ella que el hijo de ambos, cualquiera que sea su sexo, siempre será bienvenido.

Recuérdese, por último, que lo mejor suele ser, salvo que haya razones especiales que aconsejen otra cosa, que marido y mujer, si pueden, participen juntos en los cursos de preparación para el parto que hoy se ofrecen en tantos lugares, y que ya hemos explicado en esta misma publicación. (Véanse en especial los Capítulos VII: El Parto Natural, y X: La Participación del Padre.)

DIFERENCIAS FISICAS Y EMOCIONALES ENTRE VARONES Y NIÑAS

TRES AÑOS	Puede aparecer el problema de la tartamudez, que casi siempre se supera sin necesidad de tomar medidas especiales, a medida que el niño perfecciona por evolución natural su facultad de hablar. Pida orientación al pediatra si la tartamudez es muy aguda o muy persistente, pero no manifieste su ansiedad delante del niño. Si esa ansiedad suya se le comunica, lo único que logrará será agravar el problema y hacerlo mucho más complejo.	El problema de la tartamudez casi nunca es tan serio en la niña como en el varón, aunque también puede presentarse. Tanto para niñas como para varones, los teléfonos de juguete, que los incitan a sostener conversaciones con un oyente imaginario, contribuyen mucho a darles seguridad articulatoria en su lenguaje. Como se verá a continuación en esta misma Tabla, las niñas mantendrán, de ahora en adelante, una cierta superioridad verbal.
CUATRO AÑOS	Los padres deben saber que a esta edad, en general, el vocabulario de los varones suele ser un poco menos extenso que el de las niñas, por lo que no deben preocuparse si advierten que el niño tiene un vocabulario relativamente pobre en comparación con la "locuacidad femenina" de una primita, una vecina o una hermana gemela. Aun así, casi todos los varones construyen oraciones bastante correctas de cinco, seis o más palabras.	La niña casi siempre es capaz de construir oraciones más claras, largas y complejas que el varón. Su vocabulario es más amplio y aumenta con mayor rapidez, aunque abundan las excepciones. Estas diferencias en los patrones de lenguaje de la niña y el varón son absolutamente **normales.** Ya desaparecerán más tarde. Evítese siempre humillar al niño, comparando sus limitaciones al hablar con la mayor habilidad de la niña.
CINCO AÑOS	Aunque la estatura promedio, a esta edad, sigue siendo igual para varones y niñas, sí empiezan a manifestarse las diferencias de peso. El peso promedio para el varón de cinco años es de 18,5 Kg, mientras que el de la niña es de medio kilogramo menos. **Desde el punto de vista sicológico,** a esta edad se acentúa más, en la mayoría de los varones, el deseo de imitar al padre, lo que se advierte mucho en sus juegos y en algunos gestos.	La niña empieza ahora a pesar ligeramente menos que el varón, pero todavía no se advierten las diferencias de la silueta anatómica. **Sicológicamente**, igual que el varón de cinco años hace esfuerzos constantes por imitar al padre, la niña trata de seguir fielmente el modelo de la madre. Le entusiasmarán los juegos de cocina, los de té, las vajillas de juguete y otros similares, y le encantará que la mamá le dé participación en faenas domésticas.
SEIS AÑOS	La diferencia de estatura entre varones y niñas comienza a notarse más, con una ventaja hasta de 2 cm a favor del varón, aunque hacia el final de la preadolescencia las niñas ganarán mucho en estatura. El varón comienza a manifestar una mayor inclinación que la niña a las actividades gimnásticas o deportivas, sobre todo si tiene oportunidad de observar a hermanos varones un poco mayores que él. Su destreza muscular aumenta notablemente.	La niña, igual que el varón, gana mucho en coordinación y destreza musculares, pero no se inclina tanto al juego al aire libre (a menos que esté rodeada de hermanos varones y no tenga otras amiguitas con quienes jugar). Empezará a interesarse, en cambio, en juegos, distracciones y pasatiempos que requieran habilidad manual y paciencia. La tendencia general de la niña hacia las cosas del hogar va haciéndose mucho más marcada.

LAS VITAMINAS Y LOS MINERALES QUE EL NIÑO NECESITA

VITAMINAS	SE REQUIERE PARA:	SE CONTIENE EN:
Vitamina A	proceso normal de crecimiento; la vista; combatir las infecciones nasales y de la garganta; elevar la inmunidad del niño contra otras infecciones en general.	la mantequilla y la margarina; la yema de huevo; la leche no descremada; la leche evaporada; la zanahoria; la remolacha; la espinaca; otras verduras amarillas y de hojas verdes.
Vitamina B^1 (Tiamina)	la mejor utilización por el organismo de las grasas y los carbohidratos; tonificar los músculos; estimular el crecimiento y el apetito; los tejidos del sistema nervioso; las funciones digestivas y de eliminación	las lentejas, el pescado; las carnes magras; el maní (cacahuete); los panes, cereales y harinas enriquecidos con esta vitamina; la levadura y el pan integral de trigo; la leche; las vísceras; los guisantes secos; el pollo.
Vitamina B^2 (Riboflavina)	la buena salud de la piel; el equilibrio del sistema nervioso; prevenir algunas enfermedades de la vista; aumentar la resistencia a las infecciones y al cansancio físico; proteger las mucosas.	el pollo; el pescado; los huevos; el riñón y el hígado; las carnes magras; las legumbres verdes y hojosas; la leche; la levadura de trigo; los guisantes secos; los cereales.
Niacina	prevenir enfermedades de la piel y del tracto intestinal, que afectan también al sistema nervioso.	las legumbres, el pescado, las carnes magras, el hígado y el riñón, los cereales, la levadura de trigo, el pan integral o enriquecido, la leche.
Vitamina B^6	mantener el balance normal de sal y agua en el organismo; regular el sistema nervioso; la síntesis de las proteínas.	el cordero, la carne de res, la soya, el cerdo, la ternera, el hígado, el trigo, los cereales de grano entero.
Vitamina B^{12}	la producción de glóbulos rojos de la sangre; la utilización de las proteínas, las grasas y los carbohidratos; el crecimiento.	el hígado, la yema de huevo, la leche y sus derivados, la carne de res, los camarones y las ostras.
Vitamina C	fortalecer los vasos capilares, prevenir y curar el escorbuto, fortalecer la dentadura, disminuir el riesgo de hemorragias, aumentar la resistencia a las infecciones.	frutas cítricas, tomate, manzana, uvas, bananos, verduras, piña, fresas, patatas, guayaba.
Vitamina D	facilitar la absorción de calcio, evitar el raquitismo, estimular la dentición y la fuerza muscular.	pescado fresco o enlatado en aceite; yema de huevo; leche y cereales enriquecidos con esta vitamina, aceite de hígado de bacalao, acción de los rayos solares.
Vitamina E	dar estabilidad a los tejidos.	hígado, lechuga, maní (cacahuete), aceite de maíz y de semillas de algodón, nueces, levadura de trigo.

VITAMINAS	SE REQUIERE PARA:	SE CONTIENE EN:
Vitamina K	la formación de protrombina (necesaria para la coagulación de la sangre).	muchos alimentos que forman parte de la dieta balanceada. (La vitamina propiamente dicha no está en los alimentos, pero éstos contienen sustancias que, en el curso del proceso digestivo son transformadas en vitamina K).
MINERALES		
Calcio	el sano desarrollo de huesos y dientes; la coagulación de la sangre.	leche y sus derivados; verduras; huevos.
Cloro	la vida normal de las células.	la sal.
Fósforo	la coagulación de la sangre; desarrollo muscular, óseo y nervioso.	cereales y granos; leche; carne; verduras y legumbres.
Hierro	la formación de la hemoglobina.	hígado; verduras y legumbres; carne; huevos.
Magnesio	la prevención de trastornos nerviosos; el mejor desarrollo de los huesos.	leche; verduras; carne.
Potasio	el normal funcionamiento del sistema muscular.	leche; jugos de frutas; carne; legumbres.
Sodio	el normal funcionamiento del sistema muscular.	sal.
Yodo	prevenir el bocio; el funcionamiento normal de la glándula tiroides.	sal yodada (especialmente necesaria cuando se reside lejos del mar).
Zinc	la producción de hormonas por el organismo.	hígado; huevos; carne; legumbres y verduras.

CONSERVE LAS VITAMINAS Y LOS MINERALES EN LOS ALIMENTOS

Los minerales y las vitaminas esenciales para la adecuada nutrición humana pueden perderse, en proporciones a veces considerables, si los alimentos no son almacenados o cocinados en la forma correcta. Aplicando los consejos que siguen, usted evitará que ello le suceda:

VERDURAS. Las verduras frescas deben refrigerarse sin pérdida de tiempo tan pronto las traemos del mercado, preferiblemente en recipientes de alta humedad (como las gavetas que para este fin tienen muchos refrigeradores), o en bolsas plásticas, muy eficaces para evitar la pérdida de humedad. Las papas, los guisantes secos y los frijoles se guardarán en lu-

gares frescos, secos y oscuros. Al cortar sus vegetales, hágalo con un cuchillo bien afilado, ya que los tejidos vegetales pierden las vitaminas que contienen si se magullan mucho cuando se emplea un cuchillo romo. La pérdida de elementos nutritivos será insignificante si limita la cocción de los vegetales sólo hasta que estén tiernos, no prolongándola innecesariamente. Esta cocción se hará en poca agua, apenas la necesaria para evitar que el vegetal se queme. El recipiente en que se haga debe quedar bien tapado. Al recalentar vegetales ya cocinados, quítelos del fuego tan pronto el agua hierva.

FRUTAS Y JUGOS DE FRUTAS. Las frutas cítricas frescas y enteras conservan bien sus vitaminas, por espacio de varios días, a la temperatura ambiental o ligeramente fresca (entre 16 y 22 grados centígrados). Si va a guardarlas por mayor tiempo, conviene que las refrigere. Todos los jugos y frutas enlatadas, cuando el envase no se ha abierto aún, se pondrán en un lugar fresco y seco. El líquido o almíbar en que vienen las frutas enlatadas suele ser muy rico en elementos nutritivos. Los alimentos congelados se guardarán a una temperatura de 18 grados centígrados bajo cero o menor. La práctica de descongelar y volver a congelar alimentos, generalmente destruye o disminuye mucho su valor nutritivo.

CARNE, AVES, PESCADO Y HUEVOS. Los jugos que naturalmente se desprenden de las distintas carnes al descongelarlas, cortarlas y cocinarlas casi siempre son muy alimenticios, y usted no debe desperdiciarlos. Recójalos en una taza o recipiente apropiado y empléelos luego en la preparación de salsas caseras. Los huevos pueden mantenerse en el refrigerador hasta por dos o tres semanas. No es aconsejable recocinarlos.

LECHE Y SUS DERIVADOS. La leche se guardará fría y alejada de la bombilla que ilumina el refrigerador cuando lo abrimos, para que su luz no le dé directamente cada vez que trasteamos en él. No deje la leche fuera del refrigerador ni un segundo más de lo estrictamente necesario. El calor y la luz disminuirán su contenido de vitamina B.

PANES, CEREALES Y ARROZ. Hoy en día encontrará muchas veces estos productos ya enriquecidos con dosis adicionales de hierro y/o vitamina B. El arroz enriquecido no debe lavarse antes de la cocción y ha de cocinarse en poca agua. Si no encuentra panes, pastas o cereales enriquecidos, prefiera los de grano entero, que guardan más elementos nutritivos.

TABLA DE ANTIDOTOS CONTRA VENENOS Y SOBREDOSIS DE DROGAS

Para usar esta Tabla eficazmente, es necesario que usted nunca quite las etiquetas a los envases que contengan productos de uso casero que tengan propiedades tóxicas, ni tampoco a los de medicamentos. Igualmente, nunca guarde en un envase ningún producto que no se corresponda con la etiqueta.

AL OCURRIR UN CASO DE ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, HAGA ESTO PRIMERO:

- Comuníquese de inmediato con el médico.
- Mantenga caliente a la víctima. Abríguela.
- Determine con exactitud la sustancia ingerida por la víctima.
- Mientras espera al médico, administre el antídoto indicado.
- No fuerce a la víctima a tragar ningún líquido si se encuentra inconsciente.
- No provoque el vómito si la víctima está inconsciente o tiene convulsiones.

INSTRUCCIONES PARA LEER ESTA TABLA

Abajo aparece una lista de sustancias tóxicas o venenosas o de medicamentos que, tomados en dosis excesivas, pueden surtir efectos tóxicos. Junto a cada nombre, aparece un número. Búsquelo en las dos columnas verticales que aparecen a continuación, y así sabrá el antídoto a emplear y el procedimiento a seguir en cada caso.

VENENOS

Aceite de pino: 16
Aceite de pirola (gaulteria): 9
Acidos: 18
Alcanfor: 1
Alcohol para fricciones: 9
Alimentos tóxicos, descompuestos o en mal estado: 7
Amoníaco para usos caseros: 15
Bicloruro de mercurio: 14
Blanqueadores a base de cloro: 17

Desinfectantes

(a) cloro: 17
(b) con ácido carbólico: 4
Detergente: 17
Gasolina, querosén: 16
Hongos (setas) silvestres: 7
Iodo (tintura de): 3
Lejía: 15
Pulimentos para muebles: 16
Trementina: 16

Venenos contra ratas e insectos

(a) con arsénico: 2
(b) con fluoruro de sodio: 11
(c) con fósforo: 13
(d) con estricnina: 6
(e) con DDT: 7

SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS:

Alcohol: 9
Aspirina: 9
Barbitúricos: 10
Belladona: 6
Bromuros: 7
Codeína: 5
Compuesto contra el catarro y el dolor de cabeza: 9
Elixir paregórico: 5
Morfina, opio: 5
Píldoras estimulantes o excitantes: 2
Somníferos: 10
Tranquilizantes: 11

1 Provoque el vómito introduciendo el dedo en la garganta de la víctima, o con 1 cucharada de jarabe de ipecacuana seguida de un vaso de agua, o con 1 cucharadita de mostaza disuelta en ½ vaso de agua.

2 Dé al paciente un vaso de leche, o una cucharada de carbón vegetal activado, mezclada con un poco de agua. Provoque el vómito como se indica en el No. 1, **no** con ipecacuana.

3 Dé al paciente 4 cucharadas de fécula espesa. (Mezcle harina o fécula de maíz con agua.) Provoque el vómito como se indica en el No. 1. Luego dé al paciente un vaso de leche.

4 Provoque el vómito como se indica en el No. 1. Dé entonces al paciente 4 cucharadas de aceite de ricino. Déle a continuación un vaso de leche o 2 claras crudas.

5 Provoque el vómito como se indica en el No. 1, si el paciente está consciente. Déle un vaso de leche, o carbón vegetal activado, mezclado con agua. Déle también 2 cucharadas de sales de epsom en 2 vasos de agua. Mantenga al paciente despierto.

6 Dé al paciente un vaso de leche, o carbón vegetal activado mezclado con agua. Provoque el vómito como se indica en el No. 1, si no hay convulsiones. **No** use ipecacuana **si administró carbón vegetal**. Mantenga al paciente en reposo.

7 Provoque el vómito como se indica en el No. 1. Dé entonces al paciente 2 cucharadas de sales de epsom en dos vasos de agua, **excepto** si hay abundante diarrea.

8 Provoque el vómito como se indica en el No. 1. Dé al paciente 2 cucharaditas de bicarbonato de sosa en un vaso de agua tibia. Déle, por último, un vaso de leche.

9 Dé al paciente un vaso de leche. A continuación, provoque el vómito como se indica en el No. 1. Déle también una cucharada de bicarbonato de sosa disuelta en un litro de agua tibia.

10 Dé al paciente carbón vegetal activado mezclado con agua. Provoque el vómito como se indica en el No. 1, pero **no** use ipecacuana. Déle también 2 cucharadas de sales de epsom en dos vasos de agua.

11 Dé al paciente un vaso de leche o de agua de cal. Provoque el vómito como se indica en el No. 1.

12 Provoque el vómito como en el No. 1. Dé a la víctima 4 oz (115 g) de aceite **mineral** y 1 cucharada de bicarbonato de sosa en un vaso de agua tibia.

13 Haga que la víctima reciba aire fresco y se acueste. Si es necesario, déle respiración artificial.

14 Dé al paciente 1 vaso de leche o 1 cucharada de carbón vegetal activado, mezclada con un poco de agua. Provoque el vómito como en el No. 1. **No** use ipecacuana. Déle 2 cucharadas de sal de epsom en 2 vasos de agua.

15 Dé a la víctima 2 cucharadas de vinagre en dos vasos de agua. A continuación, déle las claras crudas de 2 huevos, o 2 oz (aprox. 55-60 g) de aceite vegetal. **NO** provoque el vómito.

16 Dé a la víctima agua o leche. Déle a continuación 4 cucharadas de aceite vegetal. **NO** provoque el vómito.

17 Dé al paciente uno o dos vasos de leche.

18 Dé al paciente grandes dosis de agua. Déle también 2 cucharadas de leche de magnesia o de algún antiácido similar. **NO** provoque el vómito.

HABLANDO POR TELEFONO CON EL MEDICO DE SU BEBE

Muchas veces usted necesitará comunicarse por teléfono con el médico de su bebé, y darle brevemente la información correcta sobre ciertos síntomas que presenta la criatura. A la vez, deberá entender muy bien lo que él le explica, y recordar después todas las indicaciones que le haya hecho, ya que, en cuestiones de salud, más aun tratándose de un niño muy pequeño, no hay lugar para las confusiones o malas interpretaciones.

A continuación, pues, enumeramos algunas reglas importantes, que deberán seguirse en estos casos, para que su diálogo telefónico con el médico resulte verdaderamente efectivo:

1. Tenga un lápiz y un papel junto al teléfono, para anotar cuidadosamente las indicaciones del médico, y un directorio telefónico personal con los números que suele necesitar, como el de la farmacia, en caso de que tenga que ordenar rápidamente alguna medicina o inyecciones; los de otros médicos, para el caso de que no pueda localizar al que llama habitualmente, etc.

2. Llame usted misma al médico. No delegue en otra persona para que lo haga por usted. Usted, mejor que nadie, puede responderle al médico sobre los síntomas que presenta su hijo, y ofrecer todas las aclaraciones que el doctor solicite.

3. Tómele la temperatura al bebé antes de hacer la llamada, para darle una información correcta al médico. Seguramente éste querrá conocer ese dato. Preferentemente, la temperatura deberá tomarse en el recto del pequeño paciente.

4. Déle al médico los nombres, suyo y del bebé, completos, así como la edad de su hijo. Esta información ayudará a que su médico recuerde al niño. Si todavía el médico no logra identificar a su hijo, nárrele cualquier descripción o incidente que lo ayude a recordarlo, ya que siempre en una relación personal, como la que se establece entre médico y paciente, ocurren eventos únicos

que luego le permiten al profesional recordar e identificar a los pacientes que atiende.

No se moleste ni se impaciente si, en el primer momento, el médico no logra identificar exactamente a su hijo. Recuerde que un pediatra ve a muchos niños diariamente, y quizá no recuerde al suyo en el primer instante, sobre todo si hace bastante tiempo que usted no lo ha llevado por su consulta.

5. Ahora describa detalladamente el problema del bebé y la duración de los síntomas, como llanto inconsolable, vómitos, diarrea, fiebre, tos, sonidos anormales en la respiración, palidez, apatía, erupciones, etc. Explíquese con claridad y sin exagerar. (Algunas madres, creyendo que así lograrán interesar más al médico en la atención del niño, exageran los síntomas que han observado en el pequeño. Esta táctica no es recomendable. Podría confundir al doctor. Además, casi todos los pediatras, a través de su experiencia, saben reconocer a una madre exagerada y, por lo mismo, tienden a confiar menos en ella.)

6. Aprenda a ser una buena observadora y una informante exacta. Esto es lo más difícil, pues requiere mucha experiencia, pero eventualmente usted va a darse cuenta de que los médicos son sistemáticos a la hora de solicitar información sobre la fiebre, el tipo de tos, las erupciones, el color de la piel del bebé o si ésta presenta resequedad, la consistencia y el color de las heces fecales, y otros datos referentes al estado del niño.

7. Aunque las instrucciones que reciba del médico a través del teléfono serán muy valiosas para usted, tenga presente que, en algunas ocasiones, será conveniente, además, una visita al consultorio, y posiblemente la realización de algunas pruebas de laboratorio, para obtener un diagnóstico preciso. Si el doctor sospecha que el bebé está padeciendo de alguna enfermedad contagiosa, él seguramente hará una cita inmediata con usted.

8. *Las visitas a la casa:* Aunque muchos médicos van de visita a la casa del paciente, esto no es un sustituto para el examen realizado en su propio consultorio, donde el reconocimiento puede hacerse en condiciones ideales y en forma mucho más completa y detenida. Recuerde también que las visitas a su casa consumen un tiempo especial que el médico tiene que dedicarles, razón por la cual suelen ser más caras que las visitas que usted hace a su consultorio. Si no se trata de una verdadera emergencia, será mejor llevar al niño, no insistir en que el médico venga.

¿QUE VACUNAS NECESITA SU HIJO?

Muchas de las enfermedades más serias que podrían atacar a sus hijos pueden prevenirse hoy mediante inmunizaciones, y muchas más aún podrán prevenirse en el futuro. Entre las que ya pueden evitarse gracias a la vacuna, figuran la **poliomielitis**, la **difteria**, el **sarampión**, el **tétanos**, la **viruela**, la **tos ferina** y la **rubéola**. Estas son las inmunizaciones que habitualmente los pediatras prescriben a sus pequeños pacientes. En ciertos casos especiales, no obstante, es posible que el médico aconseje algún otro tipo de vacuna, no incluida entre las mencionadas, o que estime prudente no administrar (o posponer) alguna de las que se consideran rutinarias.

La **Tabla** ofrecida a continuación le indica el sistema de vacunación infantil al que regularmente se atienen los médicos, a no ser que existan razones específicas para modificarlo.

TABLA DE VACUNACIÓN INFANTIL

Explicación de los términos usados en la Tabla:
Vacuna combinada: se refiere a la vacunación combinada contra la **difteria**, el **tétanos** y la **tos ferina**.
Vacuna doble: vacunación contra el **sarampión** y la **rubéola**.
Vacuna triple: vacunación contra el **sarampión**, la **rubéola** y las **paperas**.

EDAD	VACUNA
2 meses (o quizá un poco antes)	Poliomielitis (oral). Vacuna combinada.
3 meses	Vacuna combinada.
4 meses	Poliomielitis (oral). Vacuna combinada.
6 meses	Poliomielitis (oral).
15 meses	Sarampión, paperas y rubéola (vacunas independientes, casi siempre con un mes de intervalo una de otra, a menos que el pediatra prefiera prescribir las variantes de vacuna doble o vacuna triple mencionadas arriba).
Entre 15 y 18 meses	Poliomielitis (oral). Vacuna combinada.
Entre 4 y 6 años	Igual que entre 15 y 18 meses.
Entre 12 y 14 años	Vacuna combinada (tétanos y difteria, se prescinde de la vacuna contra la tos ferina). Paperas.
Después de los 14 años	Vacuna combinada (tétanos y difteria), cada 10 años. Viruelas (no antes de 3 años ni después de 10, salvo que el médico indique otra cosa). Rubéola.

Nota: Las madres no pueden decidir por sí mismas qué vacunas o dosis de reactivación necesitan sus hijos, cuándo hay que administrárselas o en qué orden deberán practicarse las inoculaciones. Tampoco pueden saber qué tiempo hay que esperar entre una vacuna y otra, ni qué variedad de inoculación conviene más. Toda esta información hay que solicitarla del pediatra que atiende al niño, o en los dispensarios infantiles de consulta externa a los que puede acudir la mujer de escasos recursos. La **Tabla** ofrecida sirve de orientación y de recordatorio a las madres, pero siempre es el médico quién debe tener la palabra final.

El caso especial de la vacuna contra la rubéola

El caso de la rubéola merece mención especial. La vacunación de los niños contra esta enfermedad es la mejor protección indirecta para sus propias madres que todavía estén en edad de concebir. Si la rubéola ataca a la mujer durante los primeros meses del embarazo, el bebé puede nacer defectuoso.

La mujer adulta muchas veces recibe la enfermedad de algún niño que se la transmite (a veces sus propios hijos, a quienes tiene que cuidar); de ahí, la inmensa importancia que tiene que los niños estén vacunados. En cuanto a la conveniencia de que la mujer ya adulta se vacune o no, deberá pedir la opinión de su médico.

Advertencia final

Toda madre de familia debe llevar un registro minucioso y exacto de las vacunas que han sido ya administradas a sus hijos, y de las fechas de las mismas. En muchos casos, el mismo médico puede proporcionarle una tarjeta impresa que resulta muy práctica para ese fin.

¿NECESARIA LA VACUNA CONTRA LA VIRUELA?

La viruela ha sido casi erradicada en muchos países. En Estados Unidos, por ejemplo, la viruela atacó a 530 mil personas en la década de 1920 a 1930, de las cuales 4.790 murieron. En cambio, de 1930 en adelante, sólo se han registrado 200 muertes, no por la viruela, sino precisamente por la vacuna para prevenirla. Esto ha hecho que las autoridades se pregunten si vale o no la pena continuar los programas de inmunización masiva.

El doctor John M. Neff, pediatra de la Universidad Johns Hopkins, en Estados Unidos, subraya los siguientes puntos: a) Aproximadamente diez personas mueren cada año a consecuencia de la vacuna. b) Otras 200 son hospitalizadas en virtud de las reacciones adversas que la inmunización desencadena. Alrededor de 200 más demandan asistencia médica sin llegar a la hospitalización. c) Los riesgos de sufrir complicaciones provocadas por la vacuna son hoy mayores que el peligro de contraer la viruela.

Otros especialistas admiten los peligros que representa la vacunación general rutinaria, pero los consideran mínimos frente a la terrible perspectiva de abrir de nuevo las puertas a una epidemia de viruela. El doctor Samuel L. Katz, del Centro Médico de la Universidad de Duke, y el doctor Saul Krugman, de la Universidad de Nueva York, recuerdan que, en 1924, bastó la entrada en Estados Unidos de tres extranjeros afectados por la viruela para desencadenar una epidemia que afectó a un total de 74.000 personas, de las cuales murieron 1.270.

Tanto el doctor Katz como el doctor Krugman estiman que, al menos un 50% de las muertes ocasionadas por la vacuna podrían evitarse mediante un cuidadoso examen de la historia clínica individual y familiar, en busca de posibles contraindicaciones. Fiel a este criterio, el doctor Katz recomienda que se prescinda de la vacuna en los siguientes casos: a) Niños menores de un año de edad, a menos que el pediatra que lo atiende estime que existen razones fundadas para vacunar al niño. b) Mujeres embarazadas. c) Pacientes con problemas crónicos de la piel (o que vivan bajo el mismo techo con alguna persona que padezca tales trastornos crónicos). ch) Pacientes afectados por ciertas enfermedades cancerosas, como la leucemia, o que estén sometidas a un tratamiento de radiación o de drogas que temporalmente suspenden la normal reacción de inmunidad en el organismo.

LA VACUNA DE LOS ANIMALES DOMESTICOS

Los perros y los gatos son los animales domésticos más populares. Las vacunas que existen para su protección, son también una garantía para las personas que están en contacto con los animalitos. He aquí algunas observaciones:

PERROS. La vacuna antirrábica generalmente se les administra a los tres meses de nacidos. Se reactiva al cumplir el año; después, cada tres años.

El **moquillo,** enfermedad que afecta las vías respiratorias, los intestinos y el sistema nervioso central, puede ser prevenido temporalmente si se administra a los cachorritos un suero sanguíneo, una o dos semanas después del destete. Esto debe repetirse a intervalos de 10 y 14 días. Entre los 9 y los 10 meses, se administra la vacuna definitiva. Según algunos veterinarios, esta inyección debe repetirse aproximadamente un mes después. La reactivación es anual.

Es frecuente la vacuna contra el moquillo combinada de modo que también provea protección contra la **hepatitis infecciosa** (afección del hígado causada por un virus), y contra la **leptospirosis** (enfermedad de origen bacteriano que ataca el tracto gastrointestinal, los riñones y el hígado). A veces, sólo se combinan las dos primeras, pero los veterinarios recomiendan la reactivación cada seis meses cuando la vacuna contra la leptospirosis también ha sido incluida.

GATOS. La inoculación contra la **enteritis infecciosa** (enfermedad que ataca la sangre, los intestinos y el estómago), debe administrarse cuando el gatito tiene entre seis y ocho semanas, con reactivación anual.

La vacuna contra la **neumonitis,** infección respiratoria producida por virus, se les administra a los ocho meses de edad. Debe repetirse a intervalos de entre 6 y 12 meses. Se recomienda la vacuna antirrábica entre los tres y los seis meses, y después anualmente.

NUEVAS SOLUCIONES PARA LA ESTERILIDAD

Entre los avances más recientes de la medicina se cuentan las nuevas soluciones ofrecidas al problema de la esterilidad, anomalía que incapacita al hombre para fecundar a la mujer, o incapacita a ésta para concebir.

La medicina moderna ha demostrado que puede diagnosticar, en un 95% de los casos, la fuente de la infertilidad en la pareja y que, aproximadamente, la mitad de estos casos puede ser tratada con éxito.

En la mujer, la causa más corriente de la esterilidad es la existencia de alguna anomalía en las trompas de Falopio, estructuras finas y tubulares que conectan los ovarios al útero y que constituyen el lugar donde generalmente ocurre la concepción. Para verificar el estado de las trompas, el médico se vale del laparoscopio, instrumento de observación que es introducido en la cavidad abdominal a través de una pequeña incisión. La causa de la esterilidad suele encontrarse en un bloqueo de las trompas o en una anormalidad de tipo estructural. Con frecuencia, el problema es soluble mediante la microcirugía o, más recientemente, mediante la cirugía con láser. En algunos casos, la medicina tiene que recurrir a procedimientos excepcionales, cuya efectividad, conveniencia médica y aceptación social han empezado a reconocerse en los últimos años.

Estos casos excepcionales obedecen a causas diversas. A veces, la infertilidad resulta de las cicatrices producidas por el uso prolongado de dispositivos intrauterinos. Otras veces se origina en las infecciones genitales conocidas colectivamente con el nombre de enfermedad inflamatoria pélvica; la infección, en efecto, daña con relativa facilidad los delicados tejidos de las trompas, de los ovarios y del útero. La edad es también otra causa frecuente: después de los 35 años, el lapso de tiempo que toma iniciar el embarazo se multiplica por cuatro.

Por otra parte, diversos estudios han encontrado que las mujeres dadas a las actividades atléticas (carrera de larga distancia, *jogging* y baile), pueden sufrir de esterilidad temporal, entre otras cosas porque su nivel de grasa es demasiado bajo para la producción del estrógeno hormonal necesario. El *stress* puede suprimir también la ovulación, y la práctica médica reconoce el caso nada infrecuente de mujeres que desempeñan puestos ejecutivos y que llegan a perder hasta tres períodos menstruales.

En ayuda de estos casos excepcionales, la ciencia ha perfeccionado diversas técnicas que facilitan la concepción. Una de ellas es la fertilización *in vitro*. Requiere la extracción de uno de los óvulos que es producido cada mes por el ciclo natural. Muchos médicos encuentran útil favorecer la producción de óvulos mediante la acción de fármacos tales como el Clomid y el Pergonal; gracias a ellos, una mujer puede producir unos seis óvulos durante el ciclo, y se conocen casos de hasta diecisiete por ciclo. La probabilidad de embarazo resulta así mucho mayor, probabilidad que también aumenta cuando los óvulos se extraen de tres a cuatro horas después de su maduración. Una vez extraído, el óvulo es lavado y luego puesto en incubación, inmerso en una solución nutritiva dentro de un disco de Petri, por un período de cuatro a ocho horas. Durante este lapso, el esposo produce una muestra de esperma, que es inmediatamente preparado en una solución y luego añadida al disco de Petri. Dentro de las veinticuatro horas siguientes, si no hay impedimentos, se produce la fertilización del óvulo por un espermatozoide, y el óvulo comienza a dividirse. Cuando el embrión tiene de dos a ocho células de tamaño, el médico lo transfiere al útero, operación que requiere gran delicadeza y cuidado, en vista de la tendencia del tejido uterino a rechazar cuerpos extraños. La investigación reconoce que el éxito del embarazo resultante depende de muchísimos factores, muchos de ellos de difícil evaluación. Sin embargo, se ha logrado determinar que el éxito es directamente proporcional al número de embriones transferidos (20% con un embrión, 28% con dos y 38% con tres), cosa que por otro lado se presta al embarazo múltiple. En cualquier caso, las primeras dificultades suelen producirse dentro de los tres primeros meses. Se ha observado que los mejores resultados son logrados por mujeres de 35 a 40 años de edad, y que las probabilidades de éxito aumentan con la persistencia en utilizar la técnica tras ensayos fallidos.

Además de la fertilización *in vitro,* especialmente en el caso de mujeres que carecen de ovarios activos o que sufren de enfermedades genéticas, se utiliza la inseminación artificial de la mujer mediante esperma recientemente donado o mantenido en congelación. Este sistema ha sido practicado con variantes desde los años 60 en diversos países occidentales. En una sociedad como la de Estados Unidos, más de un cuarto de millón de nacimientos se han debido a este método. Desde los años 70, aunque en mucho menor escala, se ha venido practicando también la llamada maternidad vicaria, contrato por el que una mujer sana, inseminada artificialmente, concibe y da a luz el niño de otra pareja.

EL FETO Y LA MEDICINA FETAL

Luego de la concepción, y antes del período de desarrollo fetal, el nuevo ser pasa por una importante fase de crecimiento embrionario. Ésta dura unas siete semanas, y es suficiente para transformar la célula fecundada en un pequeño organismo bien diferenciado que mide menos de 30 cm de largo, pero que ya presenta las principales estructuras internas y externas que caracterizarán la vida adulta.

El primer cambio importante hacia esta transformación lo realiza el disco embrionario cuando se pliega a lo largo de un eje longitudinal y forma un surco destinado a la futura columna vertebral. Logrado esto, el disco se enrolla hasta formar un cilindro que a su vez alberga uno más pequeño e interior destinado al tubo neural. A partir de ese momento, los cambios cualitativos se suceden en forma rápida: perpendicularmente a la columna vertebral, a lo largo de fisuras transversas, se originan segmentos corporales que darán lugar al desarrollo de los sistemas óseo, muscular y nervioso del embrión. Durante la cuarta semana aparecen las extremidades, y pronto pueden discernirse los dedos de los pies y de las manos. Al cabo de las siete semanas, el embrión maduro ofrece ya todos los indicios de la diferenciación orgánica, y pueden obsérvarse estructuras tales como el cerebro, el corazón, el hígado, las extremidades, los oídos, la nariz y los ojos, además de los sistemas óseo, muscular y nervioso.

En vista de que a la fase embrionaria le corresponde sentar bases y montar la armazón esencial del organismo, estas primeras semanas son extraordinariamente importantes. Son también las más vulnerables a los efectos de agentes capaces de producir defectos de nacimiento.

El período de desarrollo fetal empieza en la ocatava semana y se prolonga hasta el nacimiento, que generalmente ocurre en la 38ª semana. Este período consolida y refina la diferenciación de tejidos y órganos iniciada en la fase embrionaria, y origina un pequeño número de nuevas estructuras.

Mientras vive en el útero, el feto mantiene toda su comunicación vital con la madre a través de la placenta y del cordón umbilical. Para el futuro niño es de primerísima importancia el caudal de

sangre que recibe la placenta, ya que la circulación sanguínea representa el único medio que aporta el oxígeno necesario para su respiración y las substancias nutritivas indispensables para su desarrollo.

Desde la 12ª semana hasta la 16ª, la tasa de crecimiento corporal alcanza valores máximos, los más grandes de toda la vida del individuo. Al mismo tiempo, los sistemas de defensa corporal comienzan a supervisar el estado de la salud, de manera que el feto es relativamente menos vulnerable a los efectos nocivos de las drogas, de los virus, de la radiación y de la variación de la temperatura. Estos agentes, por supuesto, pueden siempre interferir con el funcionamiento normal del organismo, especialmente con el desarrollo del cerebro.

En los últimos diez años se ha producido una verdadera explosión de conocimientos en todo lo que respecta al desarrollo fetal, es decir, tanto en lo relacionado con su crecimiento y actividad normales como con la aparición y efectos de diversas anormalidades. En particular, el examen, diagnóstico y tratamiento de anomalías fetales se ha beneficiado de los avances de campos tan diversos como la electrónica, las fibras ópticas, la tecnología de instrumentos, y el analísis cromosómico y bioquímico. La medicina PRENATAL es ahora capaz de intervenir, antes del nacimiento, para aliviar y aun curar anormalidades que hasta hace poco bastaban para comprometer la vida del feto.

MEDICINA FETAL: La medicina prenatal ha iniciado su mayoría de edad en los últimos diez años. En ese corto lapso, sin embargo, ya ha alcanzado un refinamiento científico considerable. Hoy se habla inclusive de la fetología como de una nueva rama específica de la medicina. Ésta, de otro lado, ha evolucionado lo suficiente en este campo como para disponer no sólo de medios sorprendentes de diagnóstico y de tratamiento, sino del cuadro conceptual que le pide considerar al feto como a un paciente, es decir, un individuo cuyos desórdenes requieren ayuda médica específica.

Desde mediados de los años 60, los avances de la medicina fetal han tomado tres formas principales: un mayor conocimiento del proceso de desarrollo embrionario y fetal, así como de los factores que causan las anormalidades más frecuentes; una mejor comprensión de los efectos que tienen agentes externos tales como la nutrición, las infecciones virales y los fármacos; finalmente, un mejor entendimiento de las deformaciones congénitas y de sus causas.

En este último orden, por ejemplo, hoy se sabe que las anomalías congénitas tienen su origen en procesos celulares básicos,

tanto reproductivos como evolutivos, que mantienen a los cromosomas y genes en constante mutación. Se estima que de un 10% a un 15% de las deformaciones genéticas son provocadas por genes mutantes. Los agentes externos, a su vez, son responsables de otro 10%. A este grupo pertenecen las drogas, los químicos ambientales, los desequilibrios metabólicos maternos, las infecciones, la radiación y otros más indirectos, como la temperatura, los campos magnéticos y las ondas radiales.

Las tres armas principales de la medicina del feto son: el diagnóstico, el tratamiento médico y la cirugía. El diagnóstico prenatal trata de determinar en qué casos la salud del feto se encuentra amenazada y requiere, por tanto, intervención médica. Su instrumento primario es el análisis cromosómico de las células diseminadas en el líquido amniótico, razón por la cual el especialista recurre a la *amniocéntesis*. Esta técnica se suele utilizar, sobre todo, cuando la madre tiene más de 35 años, en vista de que hay una relación entre la edad de la madre y la presencia de anormalidades cromosómicas en el bebé. Se practica también cuando la madre ha tenido otro bebé afectado por el síndrome de Down o ha nacido con defectos en el tubo neural, y cuando los padres presentan desórdenes bioquímicos tales como problemas del metabolismo. En general, se ha encontrado que en un 3,5% de los casos que han requerido diagnóstico prenatal, el feto era efectivamente anormal. Además del análisis cromosómico, el diagnóstico se vale de la sonografía, es decir de las ondas sonoras de alta frecuencia. Actualmente, esta técnica permite visualizar con extraordinario detalle las características anatómicas del feto. Sin embargo, en muchos casos es necesario recurrir a la visualización fetal directa o fetoscopía. Ésta utiliza endoscopios de pequeñísimo diámetro, dotados de fibras ópticas, que permiten observar partes aisladas del feto en ángulos de 55°. Mediante el reconocimiento directo se logran también muestras de tejidos que no pueden obtenerse a través de la amniocéntesis. De esta manera suelen detectarse, por ejemplo, problemas estructurales de la hemoglobina o de la síntesis de los eritrocitos.

Además del diagnóstico, la moderna medicina fetal ofrece tratamientos de varios desórdenes que han podido ser reconocidos *in utero*. En numerosos casos, la medicina prefiere aplicar medidas correctivas una vez nacido el bebé, cuando su organismo puede resistir mejor la cirugía y la anestesia. Tal es la política que se sigue con los defectos del tracto gastrointestinal. Para otros casos, basta con eliminar el exceso de líquido amniótico que ha originado la anomalía.

continúa en la página 448

EL PROBLEMA DEL DIA: EL NIÑO Y LA TELEVISIÓN

Son muchas las madres que experimentan la sensación de que sus hijos pasan frente al televisor mucho más tiempo del que sería recomendable. Esta impresión es reforzada por el parecer de los expertos, quienes han calculado que cuando un jovencito se gradúa de bachiller, ha pasado entre 9.000 y 14.000 horas frente al televisor. ¿Cuál es la función de los padres ante esta situación?

Casi todas las autoridades coinciden en la necesidad de establecer ciertas restricciones. "Las mismas", dice el doctor Charles Winick, sociólogo que ha estudiado el tema, "deben referirse tanto al tiempo que se dedica a la televisión como a la calidad de los programas que el niño ve". Los padres inteligentes no deben permitir la concentración del niño en un tipo de actividad única por largos períodos, con detrimento o abandono casi total de todas las demás.

Varios estudios señalan que el tiempo que un niño dedica a la televisión depende de factores muy diversos: su inteligencia, su personalidad y el número de actividades en que participa. Cuando los padres son adictos, casi fanáticos de la televisión, el niño generalmente tiende a imitarlos, especialmente si se les prohíbe jugar, hablar o hacer ruido durante las largas horas que el papá y la mamá pasan frente al televisor.

¿Cuánto tiempo puede dedicarle el niño a la televisión? Es difícil estimar límites válidos para todos los casos. Los padres habrán de formarse un criterio tomando en cuenta el carácter y la naturaleza de los programas, los gustos del niño, la cantidad de sus tareas escolares y la hora del día en que es mayor la necesidad de esparcimiento.

Por supuesto, los padres no deben hacer del televisor una niñera para quitarse de encima un poco de trabajo. Tampoco conviene privar al niño del televisor cada vez que se le debe aplicar algún castigo.

¿Hasta qué punto puede ser perjudicial la televisión? Varios sicólogos reconocen que la televisión no impulsa directamente a la acción, aunque prepara a ella mediante las ideas que siembra o mediante la jerarquía de valores que levanta en la mente infantil. Que el efecto sea positivo o negativo dependerá de la inteligencia y de las actitudes del niño, así como de la orientación que sus padres le den.

El doctor Vinick se expresa en contra de una dosis exagerada de programas de fantasía o de pura imaginación, pues considera que éstos pueden contribuir a que el pequeño empiece a esquivar la realidad y a refugiarse secretamente en un mundo irreal y fabuloso. Los padres también pueden evitar que esto ocurra si conversan con los niños sobre todo lo que éstos han visto en la pantalla y, sin destruir del todo el elemento imaginario tan importante en el mundo infantil, imparten un discreto toque de sensatez a los cuentos de hadas y a las aventuras inverosímiles.

EL PRIMOGENITO

Desde tiempos inmemoriales, y en el cuadro de diversas culturas, el hijo mayor de la familia ha sido objeto de creencias que le atribuyen cualidades de inteligencia superiores a las de sus otros hermanos, y rasgos de personalidad que también son considerados como relativamente excepcionales. De entrada, el primogénito tenía así la facultad de destacarse, en el universo familiar, por el privilegio de encabezar el orden de los nacimientos de una pareja.

En apoyo de esta manera de ver se ha acostumbrado a citar casos históricos que parecen ejemplificar el juego de cualidades únicas del primer nacido. A la psicología misma, durante mucho tiempo, le pareció indispensable ofrecer una explicación sobre la personalidad excepcional de estos niños, fenómeno que aceptaba como una evidencia indiscutible. Poco a poco, sin embargo, la ciencia ha encontrado poderosas razones para poner en tela de juicio esas creencias, su pretendida evidencia y sus diferentes conclusiones. Todavía recientemente, el psicólogo R. B. Zajonc, de la Universidad de Michigan, proponía la hipótesis según la cual el nacimiento de cada nuevo hermano rebaja el nivel intelectual del entorno familiar. Zajonc indicaba que al primogénito le corresponde una ventaja de cociente intelectual porque nace en un hogar cuyo nivel está definido exclusivamente por los padres, es decir, por dos adultos de inteligencia madura. Este medio es rico y estimulante, y el niño lo aprovecha mejor si sus padres esperan unos años antes de tener otro niño.

El psiquiatra Bradford Wilson, por su parte, va más lejos y relaciona la posición en la familia no sólo con la inteligencia, sino también con el carácter, la vida profesional y el "espacio vital

personal". Según Wilson, la expectación y atención que recibe todo primogénito hacen de éste un perfeccionista, un ser dado a la autocrítica y al esfuerzo de superación. El primogénito tendría así grandes probabilidades de tener éxito profesional y de cumplirse humanamente. Los niños del medio, en opinión de Wilson, gozan de mayor popularidad entre sus compañeros, pero suelen sentirse ignorados, hecho que los embarca en un interminable esfuerzo por conquistar una relación especial de pertenencia. El más pequeño es el más mimado, el más temperamental e inseguro de todos. Es un exhibicionista que se da a querer.

A pesar de sus argumentos plausibles y de su afinidad con el punto de vista tradicional sobre el primogénito, estas teorías no pasan de ser un esfuerzo por ofrecer una clasificación de los seres humanos, que no tiene mucho de científica. Recientemente, dos psiquiatras suizos, los doctores Cécile Ernst y Jules Angst, de la Universidad de Zurich, han publicado el resultado de 35 años de estudio sobre un total de 1.500 casos. De esta larga investigación se desprende que los efectos del orden de nacimientos sobre la psicología individual resultan ser despreciables o inexistentes.

Los doctores Ernst y Angst señalan que, en el pasado, los estudios han ignorado diferencias decisivas en los padres. Por ejemplo, los padres de familias grandes en las sociedades desarrolladas tienden a ser menos adinerados, menos cultos y de menor cociente intelectual que los padres de familias pequeñas. Por lo tanto, dichos estudios razonaban sobre la base de muestras que representaban un corte de las diferentes clases sociales, pero que incluían un número desproporcionado de primogénitos provenientes de hogares menos privilegiados.

Esta circunstancia sola, la de provenir de un hogar menos privilegiado, y no la posición en el orden familiar, basta para explicar las disparidades observables. Los investigadores suizos indican que una situación similar ocurre con los niños únicos: éstos han sido tradicionalmente considerados como infelices e inclinados a la enfermedad mental en vista de su introversión, aislamiento y condición sobreprotegida. Sin embargo, Ernst y Angst aclaran que ello ocurre porque el niño único tiene más probabilidades de provenir de un hogar perturbado.

De todo ello se desprende que el primogénito no es, por regla general, un triunfador en la escuela o en la vida. Tampoco es necesariamente un perdedor. Su inteligencia no guarda una relación significativa con la posición familiar, factor que tampoco influye uniforme y decisivamente sobre los rasgos de su personalidad.

LOS EXPERTOS OPINAN SOBRE EL HIJO UNICO

Para establecer un criterio, buscamos las opiniones de cinco expertos en la conducta infantil —tres fueron hijos primogénitos; otro fue un hijo único, y la última es la más pequeña en una numerosa familia de varios hermanos.

DR. MURRAY M. KAPPELMAN

Fue hijo único. Ahora es médico pediatra, y autor del libro **Raising the Only Child** (Criando al Hijo Único).

"Los hijos únicos son más reservados, se sumergen más en sus fantasías, y tienden a ser más creativos.

"Los padres de hijos únicos deben evitar que los niños estén constantemente en un ambiente de adultos. Estos niños deben de ser enviados temprano al kindergarten, para que comiencen a relacionarse con otros niños.

"Por regla general, no es un grave problema que los niños se peleen, pero el hijo único necesitará que se le consuele cuando rompe con una amistad, y habrá de procurar que cultive, entonces, a sus demás amigos.

"Por otra parte, los hijos únicos aprenden a manipular a sus padres muy temprano. Con sus exigencias, sólo están tratando de establecer hasta qué punto sus padres les permitirán salirse con la suya y los consentirán. Muchas veces, al decir **no** a un hijo único, estamos enseñándole el respeto que merece la paternidad."

DR. FITZHUGH DODSON

Fue primogénito, y es fundador de una escuela preescolar en California, autor de libros sobre sicología infantil.

"Las desventajas de los hijos únicos, provienen de que sus padres son inexpertos; esperan que el niño desarrolle más de lo que verdaderamente la edad le permite, y se equivocan mucho en su educación, errores que enmiendan, si luego tienen más hijos. La ventaja del hijo único es que nunca sentirá los celos de verse desplazado por su hermano.

"Además, tienen la atención total de sus padres, la estimulante influencia del mundo más inteligente de los adultos, y las explicaciones rápidas a sus preguntas, por lo que pueden aprender más

que los demás niños. Por lo regular, crecen siendo más estables, emocionalmente, que sus contemporáneos.

"Posteriormente tienen problemas, porque no adquieren experiencia en las disputas familiares con sus hermanos, las que generalmente son un adelanto para que fijen patrones de conducta en el mundo exterior."

"En el círculo hogareño, solamente tienen a sus padres, que en ocasiones son indulgentes y, en otras, demasiado severos."

DR. T. BERRY BRAZELTON

Hijo primogénito, es profesor asociado de pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard; jefe de la Unidad de Desarrollo del Hospital de Niños de Boston, y autor del libro **Toddlers and Parents** (Los Infantes y sus Padres).

"Desgraciadamente, muchos padres de hijos únicos tratan a sus hijos como si fueran objetos preciosos, y no les permiten que desarrollen su independencia. La sobreprotección se extiende a casi todas las actividades que el niño trata de realizar solo, y esto se prolonga hasta que llega a la vida adulta."

DRA. STELLA CHESS

Última hija de su familia, profesora de siquiatría infantil del Centro Médico de la Universidad de Nueva York, coautora del libro **How to Help Your Child Get the Most Our of School** (Cómo Ayudar a su Niño Para que Aproveche al Máximo la Escuela).

"Es solamente basándome en una apreciación personal que considero mejor que el niño tenga a un hermano por compañero, en su casa, en lugar de tener que salir a buscar uno fuera."

DR. ARI KIEV

Primogénito; profesor asociado de la Facultad de Siquiatría de la Universidad de Cornell, y autor del libro **A Strategy for Daily Living** (Estrategia para la Vida Diaria).

"Los matrimonios entre dos hijos únicos son muy buenos. Y los mejores padres para un hijo único son precisamente los que, a su vez, han sido hijos únicos o, por lo menos, hijos primogénitos. Un padre que haya sido cronológicamente el último de su familia, tendrá muchos problemas sobrellevando la independencia de un hijo único, pues éste tenderá a ser muy autosuficiente."

Cortesía de Harper's Bazaar. Copyright © 1975 The Hearst Corporation.

TABLA DE PESO Y ESTATURA PARA NIÑAS

Edad	Peso		Estatura	
	Kg	Lb	Cm	Pulgadas
Al nacer	3,2	7	50	19,5
3 meses	5,4	11,9	60	23,5
6 meses	7,2	15,9	66	26
9 meses	8,6	19	70,5	27,5
1 año	9,6	21,1	74	29
15 meses	10,2	22,5	78	30,4
18 meses	10,8	23,8	81	31,6
21 meses	11,4	25	84	32,8
2 años	12	26,4	86,5	33,8
27 meses	12,4	27,3	89	34,8
30 meses	13	28,6	91,5	35,7
33 meses	13,4	29,4	93,7	36,6
3 años	14	30,8	95,5	37,3
4 años	16	35,2	102	40
5 años	18	39,6	108	42,2
6 años	19,9	43,8	115	45

Las Tablas de estas dos páginas nos muestran el peso y la estatura normales para niños y niñas menores de seis años, de constitución física promedio. Las Tablas para los de constitución menuda y para los de constitución robusta aparecen en las páginas siguientes.

TABLA DE PESO Y ESTATURA PARA VARONES

Edad	Peso		Estatura	
	Kg	Lb	Cm	Pulgadas
Al nacer	3,4	7,5	50	19,5
3 meses	6	13,25	60,5	23.6
6 meses	7,9	17,5	67,8	26,5
9 meses	9,2	20,4	72	28,1
1 año	10,2	22,4	76	30
15 meses	10,9	24	79	30,8
18 meses	11,2	25	82	32.
21 meses	12	26,5	85	33,2
2 años	12,6	27,7	87,5	34,2
27 meses	13,2	29	90	35.2
30 meses	13,7	30,25	92	36
33 meses	14,2	31,3	94	37
3 años	14,7	32,4	96	37,5
4 años	15,4	34	103	40,5
5 años	19	42	110	43
6 años	21	46	116	45,5

TABLA DE PESO Y ESTATURA PARA VARONES MENORES DE SEIS AÑOS

(Niños de constitución física menuda)

Edad	Peso		Estatura	
	Kg	Lb	Cm	Pulgadas
Al nacer	2,8	6	46	18
3 meses	4,2	9,25	56	21,8
6 meses	6,2	13,6	63	24,5
9 meses	7,6	16,75	68	26,5
1 año	8,4	18,5	71,5	28
15 meses	9,1	20	75	29,25
18 meses	9,6	21	77	30
21 meses	10	22	80	31,2
2 años	10,6	23,3	82	32
27 meses	11	24,2	84,9	33
30 meses	11,4	25	87	34
33 meses	11,8	26	89	34,7
3 años	12,25	27	91	35,5
4 años	13,9	30,5	96	37,5
5 años	15,2	33,4	102	39,75
6 años	17	37,4	108	42

TABLA DE PESO Y ESTATURA PARA VARONES MENORES DE SEIS AÑOS

(Niños de constitución física robusta)

Edad	Peso		Estatura	
	Kg	Lb	Cm	Pulgadas
Al nacer	4,1	9	54	21
3 meses	7,2	15,8	65	25,3
6 meses	9,4	20,6	72	28
9 meses	11	24,2	77	30
1 año	12	26,4	81	31,6
15 meses	12,8	28	85	33
18 meses	13,4	29,5	88	34,3
21 meses	14	30,8	91	35,5
2 años	14,9	32,8	94	36,6
27 meses	15,4	33,9	96	37,5
30 meses	16	35,2	98,5	38,4
33 meses	16,6	36,5	101	39,4
3 años	17,15	37,75	103	40
4 años	20,4	45	110	43
5 años	23	50,5	117	45,6
6 años	26,4	58	123,5	48

TABLA DE PESO Y ESTATURA PARA NIÑAS MENORES DE SEIS AÑOS

(Niñas de constitución física menuda)

Edad	Peso		Estatura	
	Kg	Lb	Cm	Pulgadas
Al nacer	2,4	5,3	45,5	17,75
3 meses	4,2	9,25	55	21,5
6 meses	5,8	12,75	61,9	24
9 meses	7	15,5	66	25,75
1 año	7,8	17	70	27,3
15 meses	8,4	18,5	73	28,5
18 meses	9	20	76	29,6
21 meses	9,4	20,7	79	30,8
2 años	9,85	21,7	81	31,6
27 meses	10,2	22,5	85	33
30 meses	10,8	23,75	86	33,5
33 meses	11,2	24,6	87	34
3 años	11,6	25,5	90,1	35,1
4 años	13	28,6	95	37
5 años	14,6	32	101	39,4
6 años	16	35,2	106,5	41,5

TABLA DE PESO Y ESTATURA PARA NIÑAS MENORES DE SEIS AÑOS

(Niñas de constitución física robusta)

Edad	Peso		Estatura	
	Kg	Lb	Cm	Pulgadas
Al nacer	3,8	8,3	53	20,6
3 meses	6,8	14,9	63,5	24,7
6 meses	8,8	19,3	70	27,3
9 meses	10,2	22,4	75	29,25
1 año	11,2	24,6	79	30,8
15 meses	12	26,4	83	32,3
18 meses	12,8	28,1	86	33,5
21 meses	13,4	29,5	89	34,7
2 años	14,1	31	92	35,8
27 meses	14,8	32,5	94,5	36,8
30 meses	15,4	33,8	97	37,8
33 meses	16	35,2	99,2	38,6
3 años	16,6	36,5	102	39,7
4 años	20	44	109	42,5
5 años	23	50,6	116	45,2
6 años	26	57,2	123	48

viene de la página 435

Ciertos desórdenes sólo son tratables *ex utero,* inmediatamente después del diagnóstico, como en el caso de la hidrocefalia, de la isoinmunización Rh severa o del síndrome de emergencia respiratoria neonatal. Ciertos otros, en cambio, pueden ser tratados *in utero.* Estos últimos consisten, generalmente, en carencias de substancias esenciales (vitaminas que contribuyen al funcionamiento de las enzimas) o en irregularidades vasculares, como las del ritmo cardíaco. El tratamiento no ofrece mayores riesgos, pues algunas substancias pueden administrarse a través de la placenta, otras mediante inyecciones en la nalga del feto (como en el caso de la hormona tiroides, que no atraviesa la placenta) y otras requieren técnicas de transfusión (eritrocitos).

La cirugía resulta necesaria cuando las deformaciones obstruyen el desarrollo general del nuevo organismo, especialmente cuando éste tiene probabilidades de reanudar su desarrollo normal una vez que se han eliminado las deformaciones. A esta categoría pertenecen anormalidades tales como la obstrucción del tracto urinario, la hernia diafragmática y la hidrocefalia.

OFICINAS DE DISTRIBUCIÓN

ANTILLAS HOLANDESAS
ARUBA
SALOMÓN VOS
Weststraat No. Oranjestad . Aruba A. H.
CURACAO
EL CHICO
Kerkstraat No. 7. Willemstad. Curacao. N. A.
ARGENTINA
CAPITAL FEDERAL
VACCARO SÁNCHEZ Y COMPAÑÍA. S. A.
Moreno 1270 Piso 2 Oficina 207
1091 Buenos Aires, Argentina
INTERIOR
DISTRIBUIDORA DE
REVISTAS BERTRÁN S.A.C.
Santa Magdalena 541
1277 Buenos Aires, Argentina
COSTA RICA
La casa de las revistas, S.A.
San Miguel de los Desamparados,
Apartado Postal 67, San José.
BOLIVIA
DISMO. LTDA.
Casilla No. 986. La Paz
CHILE
SOCIEDAD DE
DISTRIBUCIONES ALFA. LTDA.
Carlos Valdovinos No. 251
Santiago de Chile
COLOMBIA
DISTRIBUIDORAS UNIDAS. S.A.
Transversal 93 #52-03
Bogotá, Colombia

ECUADOR
Muñoz Hnos. S.A.
Gral. Aguirre 178 y 10 de Agosto. Quito
EL SALVADOR
DISTRIBUIDORA SALVADOREÑA
9ª Avenida Norte 422
San Salvador

ESTADOS UNIDOS
EDITORA Y DISTRIBUIDORA NACIONAL S.A.
P.O. Box 2145 San Ysidro. California 92073
American Distributors Magazines. Inc.
10100 N.W. 25th St. Miami, Florida 33172
Hispano American Publications, Inc.
45-57 Davis St. Long Island City
New York N.Y. 11101

GUATEMALA
DISTRIBUIDORA DE LA RIVA Hnos., S.A.
9ª Avenida 10-14 Zona 1
Ciudad de Guatemala
Guatemala S.A.

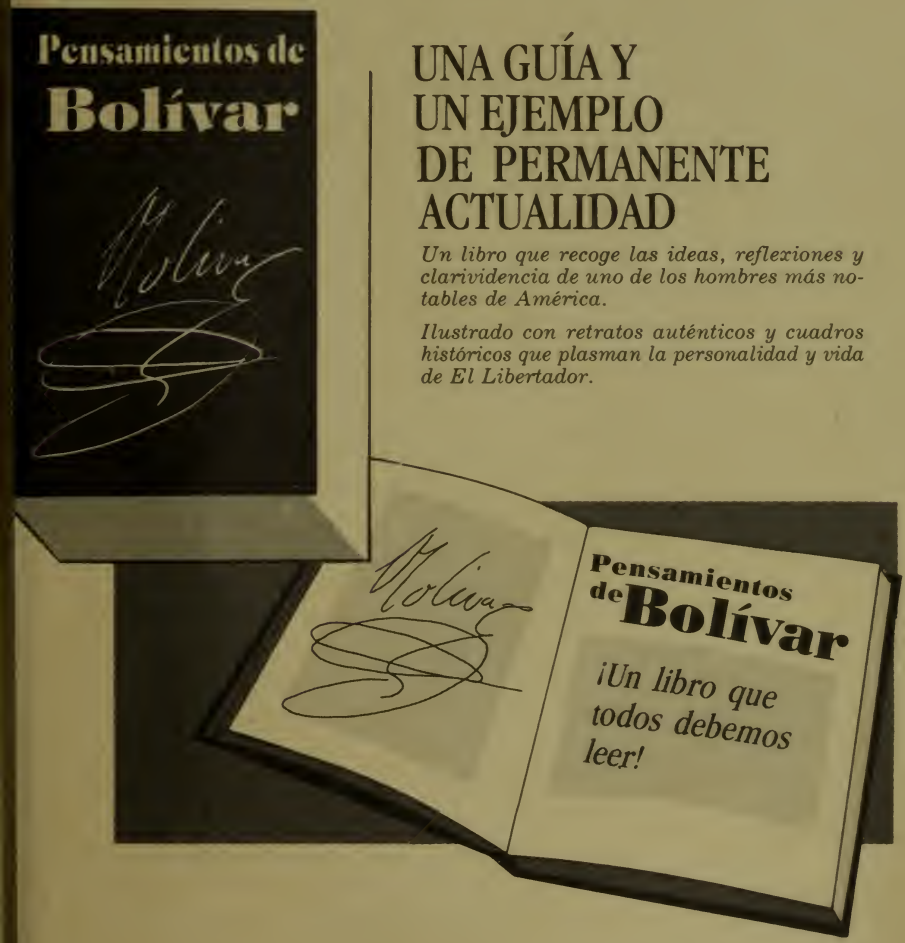
HONDURAS
DISTRIBUIDORA DE PUBLICACIONES S.R.L.
3ª Avenida No. 1255
Barrio Abajo Tegucigalpa

MÉXICO
DISTRIBUIDORA INTERMEX S.A. de C.V.
Lucio Blanco 435 Col. San Juan Tlihuaca
Azcapotzalco. CP 02400 México D.F.

NICARAGUA
PUBLICACIONES RAMÍREZ
Apartado No. 2833, Managua

PANAMÁ
AGENCIA INTERNACIONAL
DE PUBLICACIONES. S.A.
Gerónimo de la Ossa No. 13-46
Panamá. República de Panamá
PARAGUAY
SELECCIONES S.A.C.
Iturbe 436. Asunción
PERÚ
DISTRIBUIDORA SELECCIONES
DEL PERÚ S.A.
Avenida Arequipa No. 1290
Santa Beatriz. Lima
PUERTO RICO
AGENCIA DE PUBLICACIONES
DE PUERTO RICO INC.
G.P.O. Box 4903. San Juan. Puerto Rico 00936
REPÚBLICA DOMINICANA
DISTRIBUIDORA LIBRERÍA AMENGUAL.
C.POR A.
Ave. 27 de Febrero No. 56, Frente al Palacio
de los deportes. Santo Domingo
URUGUAY
DOMINGUEZ ESPERT
Paraguay No. 1485, Montevideo
VENEZUELA
DISTRIBUIDORA CONTINENTAL S.A.
Edificio Bloque de Armas
Final Avenida San Martín
con Final Avenida La Paz
Caracas, Venezuela
C.P. 1020 Venezuela

UNA OBRA DE INCALCULABLE VALOR.



UNA GUÍA Y UN EJEMPLO DE PERMANENTE ACTUALIDAD

Un libro que recoge las ideas, reflexiones y clarividencia de uno de los hombres más notables de América.

Ilustrado con retratos auténticos y cuadros históricos que plasman la personalidad y vida de El Libertador.

A la venta en su librería o puesto de revistas favorito

PENSANDO EN SU NIÑO es una guía informativa, orientadora y práctica que auxiliará a los padres en su labor diaria, despejando sus dudas en lo que respecta a la salud, la atención y la educación de sus hijos.

En esta 6ta. edición, actualizada y revisada, se incluyen los tópicos siguientes:

- los últimos avances en las pruebas prenatales
- el parto prematuro
- el desarrollo actual de la medicina fetal
- la lucha contra la esterilidad
- los nuevos métodos para lograr la concepción
- el primogénito y los mitos que lo rodean

Se ofrece, además, un "Manual práctico de primeros auxilios para los niños", en formato desprendible, y un Álbum para anotar datos y hechos importantes de la vida del bebé.

¡Un libro que no puede faltar en su casa!

0 06
37634 13748
ISBN: 0-944499-72-4